

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1901 à 1 heure

Par

CHRISTE ZANNELLIS

Né à Mitylène (Grèce), le 12 avril 1870

SYMPHYSEOTOMIE DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS AU DÉTROIT INFÉRIEUR

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. GLEY, professeur.
VARNIER et LEPAGE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

387

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1901 à 1 heure

Par

CHRISTE ZANNELLIS

Né à Mitylène (Grèce), le 12 avril 1870

SYMPHYSIOTOMIE DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS
AU DÉTROIT INFÉRIEUR



Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. GLEY, professeur.
VARNIER et LEPAGE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 13

—
1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Operations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		N.....
		CHANT EMMESSE
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TERRIER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinales		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
Clinique gynécologique		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.	DESGRÈZ	LEGUEU
ACHARD	DUPRÉ	LEJARS
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE
ANDRE	GAUCHER	MARFAN
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY
CHARAIN	HEIM	REMY
CHASLEVANT	LANGLOIS	ROGER
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		VARNIER
		WAILICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE REGRETTÉ

LE DOCTEUR P. ZANNELLIS

Souvenir douloureux.

A MES PARENTS

A M. LE PROFESSEUR POZZI

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Hommage de reconnaissance.

A MON EXCELLENT MAITRE J. POTOCKI

Professeur agrégé de la Faculté de médecine
Accoucheur adjoint de la Maternité

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Depuis la renaissance de la symphyséotomie, le monde obstétrical s'est épris d'un bel élan pour cette opération qui laisse en repos la conscience de l'accoucheur et lui permet d'extraire un enfant vivant, tout en sauvegardant les jours de la mère.

La symphyséotomie oubliée en France resta en honneur à Naples, de l'Italie elle nous est revenue et M. le professeur Pinard fit sa première le 4 février 1892. Dès lors cette opération fut étudiée dans tous ses détails par MM. Pinard Farabœuf et Varnier ; la technique de l'opération fut réglée, ses indications et ses limites bien étudiées, M. Farabœuf par ses expériences montra tout le bénéfice qu'on pouvait en retirer au point de vue de l'agrandissement du bassin.

Parmi les nombreuses indications il en est une qui a attiré surtout notre attention, c'est l'indication de la symphyséotomie dans les cas de bassin rétrécis au détroit inférieur et surtout dans ceux que présentent les femmes cyphotiques ; c'est l'étude de la symphyséotomie dans ces cas, que sur le conseil de notre maître M. Potocki, nous avons entrepris dans ce travail dont nous avons puisé les éléments dans les observations anciennes et récentes.

Mais avant d'aborder notre travail nous tenons à témoigner notre gratitude à tous nos maîtres qui nous ont guidé et instruit,

Que M. le Dr Polaillon veuille bien agréer notre gratitude ; que M. Auvar d qui a bien voulu être pour nous d'une extrême bienveillance reçoive nos vifs remerciements.

Nous nous considérerions ingrat si nous ne rendions hommage aux bontés que le Dr Potocki nous a prodiguées ; ses merveilleuses leçons pratiques, qui nous ont rendu agréable l'étude des accouchements, seront toujours pour nous un guide précieux, nous lui conservons une profonde gratitude.

En finissant notre externat nous avons eu le bonheur d'avoir pour maître M. le professeur Pozzi qui a bien voulu nous prodiguer ses précieux conseils, il a été pour nous plus qu'un maître, nous sommes heureux de lui témoigner à nouveau notre vive reconnaissance.

Que M. le Dr Fages veuille bien agréer notre gratitude pour l'enseignement supérieur qu'il a bien voulu nous prodiguer durant notre internat à l'hospice Saint-Victor d'Amiens.

Que M. le professeur Pinard veuille bien agréer notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse ainsi que pour les bons conseils et les observations qu'il a bien voulu nous donner.

HISTORIQUE

Sigault, l'inventeur de la symphyséotomie avait pour but d'augmenter le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ; à cette époque on pratiquait surtout cette opération dans les cas de bassins rétrécis rachitiques.

Cette nouvelle opération se répandit avec la plus grande rapidité, mais bientôt les revers survinrent, les cas malheureux se multiplièrent et on vit s'élever la grande querelle des césariens et des symphysiens. Depuis 1777, époque à laquelle la symphyséotomie fut découverte, on fit de nombreuses applications jusqu'à 1786 et à partir de cette date on n'en signale plus dans le courant du XVIII^e siècle.

Les adversaires reprochaient à cette opération de ne donner qu'un agrandissement insuffisant du bassin et un écartement minime dans la direction du diamètre antéro-postérieur, cependant on était à peu près d'accord pour reconnaître que cette nouvelle opération pouvait avoir une certaine utilité dans les cas où les diamètres transverses du bassin étaient rétrécis.

Desgranges (1) dans son travail (*Remarques criti-*

1. Desgranges. *Remarques critiques sur la symphyséotomie.* *Journal de médecine chirurgie et pharmacie*, 1786 vol. 68 page 49.

ques sur la symphyséotomie) conclut de la façon suivante.

Je ne sais si elles persistent solides aux yeux des partisans de la symphyséotomie mais j'ai lieu de croire et je ne crains pas de dire, que ces remarques « qui n'ont
« pas échappé sans doute à beaucoup de praticiens, s'op-
« poseront toujours à l'universalité des suffrages en faveur
« d'un procédé qui n'offre guère plus d'avantage que le
« forceps pour le passage d'un enfant à travers un bas-
« sin rétréci jusqu'à un certain point, qui même alors
« expose plus les jours de la mère et qui ne saurait rem-
« placer l'opération césarienne dans aucun de ces cas où
« celle-ci est exclusivement indiquée si on en excepte
« peut-être ceux d'étroitesse du détroit inférieur qui sont
« plus rares.

Gardien, (1) un des premiers qui s'est occupé sérieusement de la symphyséotomie dans son *traité d'accouchements*, chapitre III, page 39, (*conformations vicieuses du bassin, et circonstances particulières*, où la section du pubis est peut-être seule à convenir pour extraire l'enfant vivant) dit :

« *Quatrième cas.* — La tête franchi l'orifice de la
« matrice, mais l'étroitesse du détroit inférieur est telle
« qu'elle s'oppose à ce qu'elle puisse sortir par les seuls
« efforts de la nature, ou à ce qu'elle puisse être entraî-
« née, en appliquant le forceps sur ses parties latérales.
« Si l'enfant est vivant, la section du pubis est encore
« évidemment, dans ces cas, la seule admissible ; en effet,
« a gastro-hystérotomie est impraticable, quoique, dans

1. Gardien. *Traité d'accouchements*, 1897. t. III, page 39 et 55.

« cette circonstance, le détroit supérieur qui est généralement large et peut-être davantage que dans l'état naturel, soit assez évasé, pour que la tête puisse aisément rétrograder.

Et dans le chapitre IV, page 55 (*conformation vicieuse du bassin* dans lesquelles la section du pubis paraît convenir plus particulièrement, parce qu'elle serait accompagnée d'accidents moins graves que dans toute autre circonstance) il dit :

« *Premier cas.* — Lorsque le rétrécissement qui s'oppose à la sortie de la tête existe dans le diamètre transversal de l'un ou l'autre détroit, la symphyséotomie doit être accompagnée, de moins d'accidents que dans beaucoup d'autres conformations vicieuses. Si cette disposition s'observe rarement au détroit supérieur, elle est assez commune au détroit périnéal dont les tubérosités ischiatiques sont plus souvent rapprochées l'une de l'autre, que le coccyx du pubis. Si le rétrécissement du diamètre transversal est assez considérable pour rendre la sortie de la tête impossible même par l'action du forceps, la section du pubis me paraît alors ne pas présenter les inconvénients qu'on lui reproche ordinairement, et mériter la préférence sur l'opération césarienne, lors même que cette dernière serait praticable ; car elle serait contre indiquée, et la symphyséotomie la seule admissible, si, dans cette circonstance la tête avait franchi, avec une grande difficulté, le détroit supérieur qui est resserré, ou bien, quoique la tête pût rétrograder parce que le détroit est suffisamment évasé, si elle avait franchi le col de la matrice au m

« ment où l'on reconnaît la nécessité de recourir à un
« moyen extrême pour obtenir la sortie de l'enfant.

« Ici on ne peut pas objecter, comme dans les cas ordi-
« naires, que cette opération ne peut donner un libre pas-
« sage à l'enfant, parce que en écartant les os pubis on
« augmente très peu le diamètre, qui manque seul de
« l'étendue nécessaire ; dans ces cas, il est évident que
« par la section du pubis, l'on augmente le diamètre trans-
« versal, qui est celui qui est trop étroit, pour ainsi dire,
« dans la même proportion que l'on écarte les deux os.

« Quelque considérable que soit le rapprochement des
« deux tubérosités ischiatiques, comme deux pouces et
« même plus, l'écartement nécessaire pour faire cesser
« cette disproportion, sera toujours assez modéré pour
« ne produire aucun désordre vers les symphyses sacro-
« iliaques, si on a l'attention de n'opérer l'écartement que
« d'une manière lente, et de le laisser se faire graduel-
« lement par les contractions utérines, qui chez une
« femme forte, seraient assez énergiques pour agrandir
« suffisamment le passage, sans être obligé de pousser
« en arrière sur les crêtes iliaques, comme on le fait
« communément : l'écartement obtenu, la tête peut sortir
« spontanément, ou bien il est aisé d'appliquer le for-
« ceps, si l'épuisement de la femme, ou bien la présence
« de quelque accident, ne permettent pas de confier la
« délivrance à la nature : cette opération ne présente pas
« les mêmes inconvénients pour l'enfant, puisque l'on
« est pas obligé de la retourner pour l'amener par les
« pieds ».

Velpeau (1) admet que la symphyséotomie est le seul moyen de salut qu'on puisse invoquer : « 1° Lorsque la tête se trouve enclavée dans l'excavation, après avoir traversé un détroit supérieur très resserré ; 2° Quand la tête a franchi l'orifice et qu'elle est arrêtée par l'angustie du détroit inférieur ; 3° Quand le tronc est dehors, la vie de l'enfant non douteuse, et la tête dans l'impossibilité de franchir les voies naturelles. Dans ces trois cas elle est « préférable à l'opération césarienne, même après la « mort de la femme ; parce qu'il serait presque impossible de ne pas faire périr l'enfant en cherchant à l'extraire par l'ouverture abdominale ».

« Elle offre, en outre des avantages incontestables toutes les fois que le resserrement porte sur les diamètres transversal et oblique ; de la barrure, d'une exostose d'une tumeur solide quelconque placée latéralement, d'une saillie de la cavité cotyloïde. Il en est de même de l'enclavement, soit que l'espace de paragomphose décrite par Roederer ait lieu, soit que la tête se trouve prise par les deux extrémités de son diamètre bi-pariétal ou occipito-frontal, ou de toute autre manière, pourvu toutefois que le détroit inférieur ne soit pas rétréci à l'extrême ».

Baudelocque (1), un des plus ardents adversaires de la symphyséotomie, la croit comme présentant moins d'inconvénients dans certains cas. Dans son traité d'accouchement il s'exprime ainsi :

1. Velpeau. *Traité complet de l'art des accouchements*, 1835, t. II, page 432.

1. Baudelocque. *L'art des accouchements*, t. II 1844 page 400.

« La section du pubis aurait sans doute un peu moins
« d'inconvénients, si l'obstacle ne provenait que du peu
« de longueur du diamètre transversal du bassin, n'im-
« porte de quel détroit, mais surtout de celui du détroit
« périnéal, parce qu'un moindre écartement pourrait alors
« faire disparaître ce défaut, et procurer le degré d'ou-
« verture nécessaire à la sortie de l'enfant : mais dans ces
« sortes de cas même, s'il fallait un grand écartement
« encore pour établir ce rapport entre le diamètre dont il
« s'agit et celui et de la tête du fœtus, elle aurait tous les
« dangers dont nous venons de parler. Ces cas sont si
« rares, que les faits relatifs à cette nouvelle opération
« n'en présentent pas un seul exemple qui ne puisse être
« contesté ou sur lequel on ne puisse faire des solides
« objections ».

En 1869 Chantreuil (1), a qui nous devons la description la plus détaillée et la plus complète des bassins rétrécis au détroit inférieur par cyphose de la colonne vertébrale, guidé par les expériences tentées par Baudelocque Desgranges, Camper, et autres chirurgiens qui montrent qu'après la section du pubis les diamètres transverses du bassin augmentent plus que les autres diamètres, ainsi que par l'observation de Moor où le rétrécissement était très prononcé et où il y avait un relâchement des symphyses et un écartement bien marqué, proposa la symphyséotomie comme opération de choix dans les cas de rétrécissement extrême du diamètre transverse du détroit

1. Chantreuil. *Déformation du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement*. Thèse de Paris 1869.

inférieur ; bassin que présentent les femmes cyphotiques. Dans sa thèse *Déformation du bassin chez les cyphotiques*, il dit : « Les accouchements, soit spontanés (présen-
« tation de la face) soit au moyen des forceps, qui sur-
« vinrent dans les cas de Moor, où le rétrécissement était
« très prononcé, grâce au relâchement spontané des sym-
« physes et à leur écartement très marqué, et surtout
« au rétablissement consécutif de l'accouchée, reporte-
« raient involontairement, à l'idée de la symphyséotomie,
« si une grande défaveur n'avait été jetée sur cette opé-
« ration ; une pareille idée paraîtra certainement très
« audacieuse, et cependant il est naturel qu'elle se pré-
« sente aux accoucheurs de Paris dans les cas où l'opé-
« ration césarienne serait la seule ressource, eux qui n'ont
« pas vu depuis un grand nombre d'années une seule
« femme survivre à l'hystérotomie.

« En tous cas, la symphyséotomie serait faite dans un
« but plus logique que celui que se propose Sigault ».

Mais les faits manquaient à l'appui de cette proposition. Jusqu'à Rokitasky on avait méconnu les malformations que produit la cyphose sur le bassin et on les confondaient avec les autres rétrécissements du détroit inférieur.

Dans la littérature médicale de la première époque symphysienne depuis 1777 jusqu'à 1786 nous trouvons cinq observations de symphyséotomie faite pour des rétrécissements du détroit inférieur mais les renseignements manquent sur la nature de ces rétrécissements.

La première observation appartient à M. Retz (1778).

La deuxième à M. Cambon (1780) qui pratiqua la symphyséotomie sur une femme difforme, qui présentait un

retrécissement au détroit inférieur dans la direction bi-ischiatique ; on conserva la mère et l'enfant.

La troisième est de M. Antoine Delgado (1780).

La quatrième et cinquième appartiennent à M. Damen (1783-1785), deux symphyséotomies pratiquées sur la même femme.

Neugebauer dans sa statistique des accouchements dans les malformations du bassin produit par la cyphose (1), donne comme date de l'observation de M. Damen l'année 1833, et dans son tableau de statistique indique même que la femme opérée par M. Damen avait une cyphose siégeant à la région dorsolombaire. Nous avons cherché dans la littérature médicale une symphyséotomie faite à cette date par M. Damen mais nos recherches sont restées infructueuses, ce à quoi nous nous attendions.

Neugebauer indique comme bibliographie de cette observation le traité d'accouchement de Baudeloque 1834. Dans ce livre Baudeloque fait allusion au cas de M. Damen de 1783 et ceci peut être comparé avec l'observation appartenant à M. Damen que nous avons recueillie dans le *Journal de médecine chirurgie et pharmacie* de 1787 t. 71, et que nous reproduisons à notre chapitre d'observations.

Baudeloque, dans son traité d'accouchement, critique l'observation de Damen et dit que (2) « la section du « pubis ne nous paraît pas avoir été plus nécessaire chez

1. Neugebauer. *Die heutige statistik der Geburten bei Beckenverengerung infolge von Bückgratskyphose*, *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, Band I 1895.

2. Baudeloque. *L'art des accouchements*, t. II 1844, page 366.

« la femme qu'il y fut soumise deux fois par M. Damen ,
« parce que la mauvaise conformation du bassin n'est pas
« mieux démontrée dans ce double fait, que dans celui de
« M. Van-Damme. Le chirurgien de la Haye évalue à
« trois pouces seulement le diamètre qui va d'un ischion
« à l'autre et à quatre pouces le plus grand qui aille du
« pubis au sacrum. Il n'y avait donc défaut de largeur
« qu'au détroit inférieur ; encore ce défaut existait-il dans
« le sens où il est plus difficile de l'apprécier, même de
« le reconnaître, dans le sens d'ailleurs qui serait le plus
« favorable au succès de la nouvelle opération. Ce vice
« dépendant du peu d'intervalle que laissent entre elles
« les tubérosités des os ischion, est trop rare pour croire
« que M. Damen l'eut rencontré ».

Depuis 1822 époque où sous les auspices de M. le professeur Pinard la symphyséotomie renaquit en France, des observations de symphyséotomie, pratiquée sur des bassins rétrécis au détroit inférieur, commencent à être publiées et dans l'espace de 9 ans nous avons recueilli 8 que nous publions *in extenso*.

EXPÉRIMENTATION

Suivant une opinion qui remonte à Hippocrate et à Galien, et qui depuis a été adoptée par un grand nombre de médecins distingués de l'époque, les os du bassin, et surtout les pubis, s'écartent pendant l'accouchement pour faciliter le passage de l'enfant.

Hippocrate, au livre de la nature, croit que les douleurs des reins que les femmes éprouvent pendant l'accouchement, sont l'effet de l'écartement des os des îles les uns des autres.

« Εκ δε τῶν τικτουσῶν μάλιστα πονέουσιν αἱ πρωτότοκοι διὰ τῇ ἀπειρήν τῶν πονῶν, καὶ πονέουσιν μὲν πᾶν το σῶμα, μάλιστα δὲ τὴν ὀσφύν τε καὶ τὰ ἰσχία. διίσταται γὰρ σφέρον τὰ ἰσχία ».

« Jacques Ambroise en 1519 obtient pendant le courant de son instruction publique le cadavre d'une femme qui était accouchée peu de temps et qui avait criminellement étouffé son enfant. Les symphises du pubis sur ce cadavre étaient molles.

Lacourvée qui ne s'en était pas encore spécialement occupé apprit un jour qu'une femme, enceinte pour la première fois à l'âge de 48 ans, venait d'expirer dans les douleurs de l'enfantement ; c'était l'occasion d'interroger la nature. Lacourvée saisit cette occasion ; excité par le

désir de savoir, il examina le cadavre, sentit la tête, et aperçoit qu'elle avait été enclavée à cause de l'étroitesse extérieure des cartilages des os pubis ; pour s'en assurer il appliqua le rasoir sur ces cartilages qu'il ne coupa que difficilement, l'obstacle levé Lacourvée fit l'extraction de la tête et l'accouchement fut terminé. Lacourvée se servit de son observation uniquement pour l'ajouter aux preuves sur la doctrine de l'écartement et il tira cette conclusion : que l'accouchement n'a pu se faire faute d'un écartement suffisant des pièces osseuses du bassin de la mère.

Severin Pineau *dans son travail* dit que la substance des symphyses s'imbibe pendant la grossesse et se dessèche pendant l'accouchement et pour augmenter le ramollissement tenté par la nature proposa d'appliquer des cataplasmes émollients. Plus loin il dit que non seulement on peut dilater la symphyse mais qu'on peut en toute sûreté faire la section.

En 1710 Thomas Bartholin recueille le fait de Lacourvée, et le raconte tout entier mais il ne voit aucune utilité à retirer, par suite il ne tire aucune conséquence.

La doctrine de l'écartement des os était généralement admise par les accoucheurs et les anatomistes, elle n'était nulle part aussi bien enseignée qu'à Paris. L'idée d'augmenter l'écartement des pubis par la section s'offre à l'esprit de Sigault, il la saisit, l'expérimente sur le squelette et le cadavre et fait une demande à l'académie de médecine pour qu'on lui permette de faire sur une femme condamnée à mort l'opération qu'il propose, mais l'auteur ne

peut obtenir l'objet de sa demande. Il la renouvelle et dans une thèse qu'il présenta en 1773 dans la faculté d'Angers, il établit que la section du pubis est préférable à la césarienne.

Camper, le professeur Hollandais, était très occupé à la recherche d'une méthode qui put sans danger pour la mère et l'enfant remédier aux enclavements dans lesquels l'apparition du levier et du forceps est impossible, quand il apprit que la section du pubis venait d'être proposée à Paris comme une ressource dans les accouchements laborieux. M. Camper qui était déjà amené à couper sur le cadavre la synchondrose des os pubis, s'arrêta à cette idée nouvelle d'une manière toute particulière, et tenta diverses expériences dont le résultat lui fit concevoir les espérances les plus flatteuses.

Sigault fit peu d'expériences au dire de Baudelocque. Sigault croyait qu'on ne pouvait obtenir qu'un pouce et quelques lignes d'écartement par la section du pubis. Alphonse Leroy a été beaucoup plus loin, car il pense que cet écartement peut être porté sans efforts et sans dangers, à deux pouces et demi et même à trois pouces.

Baudelocque a fait des expériences à l'Hôtel-Dieu, en présence de plusieurs chirurgiens, pour rechercher le degré d'ouverture que la section des os pubis devait procurer au bassin et apprécier les accidents qui devaient suivre cette opération sur la femme vivante. Il résulte de ces expériences qu'au lieu de deux pouces et demi ou de trois pouces d'écartement qu'Alphonse Leroy assurait avoir obtenu chez la femme vivante, il n'y avait à l'instant de la section du fibro-cartilage qu'un écart de trois à 6

lignes, lequel n'a ensuite été porté à deux pouces et demi qu'après avoir fait décrire aux cuisses un angle droit avec le tronc, et après avoir écarté les hanches en sens opposé; mais alors le périoste s'est soulevé, les ligaments sacro-iliaques antérieurs se sont déchirés et les symphyses se sont ouvertes au point d'admettre l'extrémité du doigt. D'après les expériences de Baudelocque, le diamètre transversal du détroit inférieur augmente plus que celui du détroit supérieur, et le haut de l'arcade du pubis s'élargit presque toujours dans les mêmes proportions que les os se sont écartés.

Desgranges le premier démontra, qu'après la section du pubis le diamètre oblique et surtout le diamètre transverse sont encore plus éloignés que le diamètre antéro-postérieur.

Desgranges dans son travail (*Réflexions sur la section de la symphyse des os pubis*) apprécie le mérite de la section du pubis et détermine les cas où elle pourra être employée; il précède ses recherches expérimentales de quelques observations parmi lesquelles nous signalons la première.

V.-A. Pierette Mornon, rachitique, symphyséotomisée, morte. A l'instant de la mort on fit la section de la symphyse, l'écartement spontané de ses os fut d'abord de 13 lignes et quand deux élèves en écartant les cuisses eurent aidé à leur éloignement il se trouva de deux pouces huit lignes; il est vrai qu'alors les cuisses étaient violemment écartées et fléchies de manière qu'elles faisaient un angle droit avec le corps, il en est résulté six lignes et demi à sept lignes d'augmentation pour le dia-

mètre antéro-postérieur, et plus de quinze lignes pour le transversal ; ce diamètre a été mesuré par Desgranges.

Plus loin dans son travail page 18, il parle de ses expériences cadavériques. « Appelé pour ouvrir le cadavre
« d'une femme de 27 ans, décédée dix-sept jours après
« son accouchement, à la suite d'un épanchement lai-
« teux dans le bas-ventre, avec infiltration des extré-
« mités inférieures qui s'étendent jusqu'aux lombes
« et avait paru dès le 8^e mois de la grossesse, nous avons
« observé une mobilité bien sensible dans les os du bas-
« sin et un intervalle entre le pubis à y mettre le doigt.
« La division faite du cartilage intermédiaire, ces os, par
« la seule élasticité des parties, se sont séparés de huit
« lignes à neuf lignes, en éloignant les cuisses avec force
« l'écartement a augmenté de 11 lignes ; et lorsque nous
« avons incisé la ligne blanche jusque près le nombril, il
« a été deux pouces dix lignes et plus ; le diamètre trans-
« versal à vingt lignes d'éloignement des pubis, avait
« acquis onze lignes d'augmentation dans son étendue.

Plus loin page 20.

« En examinant l'ampliation qu'acquerreraient les
« détroits du bassin, nous nous sommes aperçus que le
« contour intérieur de l'ouverture elliptique, nommée
« détroit supérieur, augmentait sensiblement d'étendue à
« l'avantage de son diamètre transversal tandis que l'an-
« térieur gagnait peu à proportion, parce que la nouvelle
« opération tend à écarter les pubis l'un de l'autre et non
« à les éloigner du sacrum ;

« Quant au détroit inférieur nous avons reconnu que son
« diamètre antérieur, qui va du coccyx au pubis, gagnait

« visiblement, mais plus encore le transversal d'une tubé-
« rosité ischiatique à l'autre, car l'augmentation de ce der-
« nier est en quelque sorte proportionnée à l'éloignement
« des pubis ».

« Quand le diamètre antéro-postérieur de l'isthme infé-
« rieur est trop étroit, c'est-à-dire, quand du dessous de
« l'arcade du pubis à l'extrémité du coccyx, il n'y a que 3
« pouces et quelques lignes, quoique la rétroplulsion de ce
« dernier ait lieu, il en résulte un défaut de rapport mani-
« feste entre cette ouverture et la tête de l'enfant. Celle-ci
« présente alors son grand diamètre, celui qui prête le moins
et le sens le plus désavantageux à son changement de
« forme ; elle ne peut donc se mouler à l'étroitesse du
« passage ni s'y engager, l'accouchement devient impos-
« sible, la femme s'épuise en vains efforts : le forceps ne
« pourrait être appliqué sans exposer les jours de l'en-
« fant, et qu'avec la plus grande difficulté. Il y a lieu de
« croire que la symphyséotomie fournirait sûrement en
« ce cas une ampliation à ce détroit qui permettrait à l'en-
« fant encore en vie d'achever sa sortie ».

Les auteurs étaient loin d'être d'accord ; leurs expé-
riences donnèrent des résultats différents, parce qu'ils
expérimentèrent sur des sujets pris au hasard, et quel-
quefois même sans distinction d'âge et de sexe ; et pres-
que toujours plus ou moins longtemps après la mort.
Giraud répéta les expériences dans des conditions diffé-
rentes et de ses recherches il est résulté que la section
du fibro-cartilage qui unit les deux os pubis, ne produit
qu'un très léger écartement lorsqu'elle est pratiquée sur
des sujets morts dans un âge avancé, mais chez les fem-

mes grosses ou en couches, et spécialement sur les cadavres de celles que l'on a désymphysées immédiatement après la mort, on gagne facilement 2 pouces et demi et même quelquefois trois pouces d'écartement d'un pubis à l'autre sans lésions notables des symphyses.

Les expériences de M. Asniaux sont parfaitement conformes à celles de Giraud et donnent les mêmes résultats 3 pouces d'écartement ; chez la femme âgée les os s'écartent moins facilement.

La symphyséotomie augmente beaucoup l'étendue transversale du bassin, le haut de l'arcade pubienne et les diamètres transverses des deux détroits s'élargissent à quelques lignes près dans les mêmes proportions que les os pubis s'écartent.

Jacquemin insiste surtout sur l'agrandissement des diamètres transverses et obliques ; selon lui, le degré d'agrandissement des diamètres transverses et obliques est de $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{2}{3}$ de l'écartement total obtenu entre les pubis, suivant qu'on s'éloigne ou qu'on se rapproche des extrémités du diamètre transverse.

Pétrequin dans son *Traité d'anatomie topographique*, 1857 page 477 dit :

Les cas où sans contredit, la diérèse des pubis paraît présenter le plus d'avantage, c'est lorsque le rétrécissement porte sur les diamètres transverses ou obliques du détroit abdominal, ou bien sur les diamètres coccyi-pubiens et surtout bi-ischiatique du détroit périnéal car alors l'écartement se fait tout entier au bénéfice des diamètres retrécis.

Pour Huber (de Louvain) les diamètres obliques et

espaces sacro-cotyloïdiens, gagnent moins que le diamètre bi-ischiatique. Au détroit inférieur, pour les diamètres antéro-postérieur et oblique, le bénéfice est à peu près le même qu'au détroit supérieur, mais pour le bi-ischiatique il est plus considérable encore que pour le bi-sciatique. En effet, le sommet de l'arcade pubienne gagne presque 1 cent par centimètre d'écartement, et le diamètre bi-ischiatique doit gagner plus de $1/2$ centimètre, puisque les ischions sont plus rapprochés des pubis qui se déplacent que les parties postérieures des os coxaux qui restent fixes.

D'après les expériences de Bouchacourt, avec l'assistance de Polosson et de Jaboulay, il résulte que le diamètre sacro-pubien n'est pas le seul dont l'étendue augmente par la section du pubis, c'est même celui qui par le fait s'accroît le moins; les diamètres obliques et surtout les transverses sont encore plus allongés que le diamètre antéro-postérieur. L'augmentation du diamètre transversal atteint la moitié de l'écartement des pubis dans toute la hauteur du bassin et l'agrandissement transversal de l'arcade pubienne est à peu près égal à cet écartement, ce qui pourrait être prévu en se rendant compte de la situation et de la direction des extrémités antérieurs des leviers osseux. Sur un schéma relevé par Aug. Polosson, dans une des dernières expériences qu'il a faite d'après les indications de Bouchacourt, 4 centimètres d'écartement des symphyses donnent 3 centimètres d'agrandissement de la distance bi-ischiatique, 8 centimètres lui firent gagner 6 cent. 2 mm., ce qui est énorme. On voit donc par ces chiffres que l'opération doit surtout fournir des résultats avantageux lorsque

les diamètres transverses de l'excavation ou du détroit inférieur, sont retrécis. Le rétrécissement dans le sens transversal ayant son siège dans l'excavation et plus encore au détroit inférieur (bassin en entonnoir, bassin cyphotique) réclame avec plus d'avantage la section pubienne que le rétrécissement antéro-postérieur.

En 1887 M. Tarnier voulant à propos des rétrécissements du détroit inférieur, rechercher expérimentalement quelles modifications ce détroit rétréci subissait par le fait de la compression excentrique exercée par la tête, soit dans l'accouchement naturel, soit dans l'accouchement artificiel à l'aide de forceps, soit même après la symphyséotomie, chargea M. Potocki de faire à ce sujet des expériences sur le cadavre.

Les expériences de M. Potocki ont porté sur 10 bassins, dont quatre offraient des dimensions plus grandes que celles qui sont considérées comme normales, trois des dimensions à peu près normales, et trois autres des diamètres un peu retrécis.

Il résulte de ces expériences qu'un agrandissement important du diamètre transversal du détroit inférieur est possible sous l'influence des tractions excentriques dont l'intensité est comparable aux efforts exercés pendant une application de forceps difficile. Mais l'agrandissement est énorme, quand on a pratiqué la section de la symphyse pubienne.

Ces faits avaient conduit M. Tarnier à dire, dans son cours, que si la symphyséotomie devait un jour reprendre, dans la pratique obstétricale, la place qu'elle occupait autrefois, elle serait particulièrement indiquée dans les cas de rétrécissement du détroit inférieur.

ETUDE CLINIQUE

Parmi les bassins rétrécis au détroit inférieur ceux qui sont déformés par cyphose de la colonne vertébrale nous occuperont surtout dans cette étude. Ces bassins sont caractérisés par l'élargissement du grand bassin et le rétrécissement du détroit inférieur.

Dans un tel bassin la tête se trouve, au début du travail, dans les conditions sensiblement les mêmes que s'il s'agissait d'un bassin normal. Le travail marche tout d'abord régulièrement, la tête descend et s'engage dans l'excavation jusqu'au niveau du détroit inférieur là elle se trouve comme immobilisée malgré les efforts du muscle utérin pour l'expulsion ; la persistance de cette sorte d'enclavement varie avec le degré de rétrécissement, la mobilité des articulations, le volume du fœtus et son mode de présentation.

Le plus souvent c'est le diamètre bi-ischiatique qui s'oppose à la terminaison de l'accouchement mais dans certains cas l'obstacle siège au niveau des épines sciatiques ; M. Budin a montré que dans les mouvements de bascule des os iliaques les épines sciatiques, comme les tubérosités ischiatiques tendent à se rapprocher et que dans certains cas, lorsque le mouvement de bascule est

peu prononcé et que les épines sciatiques sont très saillantes (1), le diamètre bi-sciatique se trouve plus rétréci que le diamètre bi-ischiatique. On comprend alors que la tête avant d'arriver aux tubérosités ischiatiques, sera empêchée par les épines sciatiques ; ce sont donc les épines sciatiques qui constituent parfois le seul obstacle (obs. de Rivière arch. de Clinique de Bordeaux 1891).

Dans d'autres cas, c'est le diamètre antéro-postérieur qui peut être la cause de l'arrêt de la progression de la tête ; en effet si le diamètre bi-ischiatique et bi-sciatique peuvent subir un agrandissement par suite du jeu des symphyses, le sous-sacro sous-pubien, rétréci dans le bassin déformé par cyphose, ne subit qu'une augmentation minime.

En réunissant les cas de bassins rétrécis au détroit inférieur, par cyphose de la colonne vertébrale, donnés dans la statistique de Neugebauer et les cas que nous avons réunis pour la rédaction de cette thèse, nous trouvons que :

40 fois l'accouchement a été fait spontanément.

40 fois on a appliqué le forceps.

24 fois on a fait l'accouchement prématuré artificiel.

24 fois on a fait l'opération césarienne dont 4 fois le Porro.

et 13 fois on a pratiqué la symphyséotomie.

Un grand nombre de femmes cyphotiques accouchent spontanément, soit prématurément soit à terme. La déformation pelvienne peut par elle même provoquer le tra-

1. Budin, *Leçons de clinique obstétricale*, 1889 page 235.

vail, l'entrée du bassin étant plus spacieuse l'engagement de l'utérus se fait plus tôt, le col et le segment inférieur poussés par la tête viennent se comprimer sur les surfaces osseuses et saillantes du bassin. Dans d'autres cas l'accouchement se fait spontanément à terme par suite de la mobilité de la symphyse pubienne et de la petitesse de la tête fœtale.

Sur les 40 cas cités plus haut où l'accouchement a été fait spontanément nous trouvons :

1 femme morte sur 40, (morte de néphrite).

et 39 » guéries sur 40.

8 enfants morts sur 40.

et 32 » vivants sur 40.

Dans d'autres cas l'accoucheur est forcé d'interrompre la grossesse par suite des dangers qui ont leur source dans la compression de l'utérus logé entre les fausses côtes et les crêtes iliaques, dans un espace trop restreint, et dont le développement ne pouvant se faire qu'avec une extrême difficulté peut déterminer des douleurs, des accès d'oppression qui vont jusqu'à l'orthopnée et font courir à la femme enceintes des risques d'asphyxie.

Dans les cas où la grossesse évolue normalement la femme ne présentant aucun trouble de compression et l'obstacle étant assez grand pour qu'on ne puisse espérer l'accouchement spontané, et dans les cas où la tête reste enclavée et ne progresse pas et quand après un certain temps on ne constate aucune mobilité des articulations du bassin, la symphyséotomie est alors l'opération de choix.

Le forceps dans les cas de bassin rétréci au détroit inférieur par cyphose de la colonne vertébrale rend moins

de services ; selon Klien (1) il ne faut pas l'appliquer dans les cas où le diamètre bi-ischiatique est moindre que la bi-pariétale de la tête de l'enfant.

D'après Klien pas de forceps dans les cas où le diamètre bi ischiatique est moindre de 8 centimètres car alors on se trouvera en présence d'un double danger : 1° rupture de la symphyse pubienne ; 2° lésions vaginales, et en plus compression de la tête de l'enfant. Cette compression ne peut se faire que dans les cas d'une tête bien conformée, enfant à terme (bi-pariétal 9 cent. 5), et dans les cas où la tête est dure et non dépressible ; cependant dans tous les cas il est conseillé d'essayer le forceps et si après quelques tractions prudentes, la tête ne vient pas il faut renoncer et recourir à d'autres moyens.

Sur 40 cas de forceps pratiqué dans des bassins rétrécis au détroit inférieur, par cyphose de la colonne vertébrale, nous avons trouvé 8 femmes mortes sur 39,

et 31 guéries, sur 39 (1 sans renseignement) soit une mortalité maternelle 21,05 p. 100.

17 enfants morts sur 38,

et 21 vivants sur 38 (2 sans renseignements) soit une mortalité infantile, 44,74 pour 100.

L'accouchement prématuré artificiel donne des résultats moins brillants encore au point de vue de la mortalité infantile d'après Klien quand on voit la femme vers le 6^e ou 8^e mois de la grossesse la question de l'accouchement prématuré artificiel se pose ; cette opération est

1. Klien. *Die gebur beim kyphotischen becken*. Archiv, für gynaekologie, Berlin, 1896 (56).

bonne pour la mère car la mortalité maternelle est à peu près nulle, il n'en est pas de même pour l'enfant car la mortalité infantile est très élevée.

Sur 24 cas d'accouchements prématurés artificiels pratiqués sur des femmes cyphotiques, à bassin rétréci au détroit inférieur, nous avons trouvé :

14 enfants morts,

et 10 vivants, soit une mortalité infantile 58,33 p. 100.

La mortalité maternelle de ces 24 cas est nulle.

Klien, pour l'accouchement prématuré provoqué, donne comme limite supérieure, 8 cent 1/2 de diamètre bi-ischiatique, car d'après lui il y a des cas où l'accouchement se fait spontanément même quand il existe une différence de 3/4 de centimètre entre le diamètre bi-ischiatique et le bi-pariétal de l'enfant ; comme limite inférieure il donne 6 cent. 1/2 de diamètre bi-ischiatique parce que d'après lui on peut espérer avoir des enfants vivants lorsqu'on provoque l'accouchement à 8 mois, époque où le diamètre bi-pariétal est de 7 cent. 2 et la tête compressible ; cependant il ajoute qu'il faut que l'accouchement se fasse spontanément car le forceps est contre indiqué dans ces derniers cas.

La version selon Klien ne convient pas dans les bassins rétrécis au détroit inférieur par cyphose de la colonne vertébrale lors même que la tête est encore mobile (ce qui est rare parce qu'elle descend assez rapidement et sans résistance jusqu'au rétrécissement) parce que dans ces bassins la rupture prématurée des membranes est chose fréquente et aussi parce que la tête dernière n'est pas favorable à l'accouchement.

La césarienne est une opération plus sérieuse que la symphyséotomie. Elle est indiquée d'après Klien dans les cas où la distance bi-ischiatique est au-dessous de 5 cent $1/2$; car dans ces cas il y a impossibilité absolue d'accouchement pour un enfant à terme mais quand le diamètre bi-ischiatique est au dessus de 5 cent $1/2$, on doit préférer la symphyséotomie.

Sur 24 cas de césarienne pratiquée sur des femmes cyphotiques à bassin rétréci au détroit inférieur nous avons trouvé

13 femmes mortes.

12 guéries (soit une mortalité maternelle, p. 54, 17) 100.

4 enfants morts.

20 vivants, soit une mortalité infantile, 16,67 p. 100.

Ces 24 cas de césarienne ont été observés de 1759 à 1894. Si nous les séparons en deux parties et nous prenons les cas de césarienne depuis 1892 (époque antiseptique et de renaissance de la symphyséotomie) nous trouvons sur 5 femmes opérées de césarienne :

2 mortes et 3 guéries.

On voit que la mortalité maternelle quoique inférieure (succès dû à l'antisepsie) est toujours élevée.

Ces 5 cas ont donné 5 enfants vivants.

La symphyséotomie donne des résultats meilleurs. D'après les expériences citées plus haut, il résulte qu'un écartement de symphyse pubienne de 6 cent. donne, dans les bassins rétrécis au détroit inférieur dans la direction du diamètre bi-ischiatique, un agrandissement de 3 cent. $1/2$.

Klien se basant sur les expériences de Boucharcout

Morisoni etc., dit que dans les bassins rétrécis au détroit inférieur, par cyphose de la colonne vertébrale à diamètre bi-ischiatique mesurant 5 cent. 75, la grosseur étant à terme, la symphyséotomie peut donner de bons résultats. En effet, si on ajoute aux 5 cent. 75 que mesure le diamètre bi-ischiatique les 3 cent. 5 gagnés par la symphyséotomie on aura ainsi un diamètre bi-ischiatique de 9 cent. 25 qui est suffisant pour laisser passer la tête de l'enfant à terme dont le diamètre bi-pariétal est de 9 cent. 25 environ.

Sur les 13 cas de symphyséotomie, faites dans des bassins rétrécis au détroit inférieur que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale les 7 mentionnent une cyphose de la colonne vertébrale et les 6 autres ne donnent pas de renseignements sur la nature de la viciation pelvienne.

Sur ces 13 symphyséotomies nous avons trouvé :

1 femme morte (obs. de Retz 1778 femme morte de péritonite 5 jours après l'opération).

et 12 femmes guéries, soit une mortalité maternelle 7,69 p. 100.

Sur ces 13 symphyséotomies nous avons trouvé :

1 enfant mort (obs. de Jewett)

et 12 vivants. Mortalité infantile 7,69 p. 100.

L'enfant mort appartient à l'observation VII de Jewett ; cette observation nous donne assez de raisons pour expliquer la mort de l'enfant. D'abord nous voyons que plusieurs applications infructueuses de forceps ont été faites, en outre l'opération a été retardée de deux heures à

cause d'un retard de l'employé chargé d'apporter les instruments nécessaires à l'opération.

Ces 13 cas de symphyséotomie ont été observés de 1778 à 1900. Huit de ces cas ont lieu de 1892 à 1900, sur ceux-ci nous ne trouvons pas une femme morte, nous trouvons seulement un enfant mort, celui de l'obs. VII de Jewett dont nous avons parlé plus haut.

Dernièrement, on a songé à remplacer la symphyséotomie par la section du sacrum afin de faciliter l'accouchement dans les cas de déformation du bassin par cyphose de la colonne vertébrale. Solovnikoff (1) au 4^e congrès de Pirigoff 1891, a conseillé une nouvelle application de la méthode de Kaske destinée à agrandir le diamètre antéro-postérieur d'un bassin rétréci en entonnoir et éviter ainsi la céphalotripsie. Il appliqua son opération avec succès paraît-il, sur une femme dont le bassin était rétréci en entonnoir. Santouguine n'hésita point à repousser une proposition à laquelle on ne pouvait attacher de l'importance. « Dans le cas de bassin en entonnoir, dit-il, le rétrécissement ne porte pas seulement sur le diamètre antéro-postérieur mais sur les autres diamètres. L'agrandissement du seul diamètre antéro-postérieur ne tirera point d'affaire. Dans ces cas, on observe, en outre, un rétrécissement des parties molles, de sorte que l'accouchement exécuté au moyen de cette opération causera toujours un formidable traumatisme ». Cette opération n'a eu que fort peu de retentissement ; M. Coman (de Genève) seul a

1. Thèse de Morestin, 1894. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée.

eu la tentative d'appliquer une seconde fois l'opération de Solovnikoff.

Récemment, M. Diment (1) proposa la sacrotomie pour le rétrécissement du diamètre droit du détroit inférieur, l'auteur préférerait la sacrotomie à la symphyséotomie. Des mensurations faites sur les bassins de la collection du professeur Otto lui ont prouvé qu'en incisant transversalement le milieu de la 4^e vertèbre sacrée, comme dans l'opération de Kraske, on pouvait augmenter le diamètre droit du détroit inférieur de 1 cent. 5 à 2 cent., ce qu'on ne peut pas obtenir par la symphyséotomie ; d'ailleurs l'auteur n'a pas encore appliqué sa méthode sur une femme vivante et se propose de la faire à la première occasion.

1. L'obstétrique, 1896.

OBSERVATIONS

OBSERVATION^e I (Retz).

(In examen des faits relatifs à l'opération de la symphyse, pratiquée à Arras par M. Retz une brochure in-4° 24 avril 1778.

Le sujet opéré était une fille d'environ 40 ans, qui était enceinte pour la première fois, et dont la grossesse était à son terme ; elle ressentait, depuis deux jours, les douleurs de l'enfantement, accompagnées de vomissements, de convulsions, et d'autres accidents très fâcheux.

La tête de l'enfant, qui paraissait prodigieuse, était enclavée dans le détroit du petit bassin, et les saignées, les fomentations n'avaient pu en favoriser la sortie.

Le défaut de conformation des os du bassin était tel, que le détroit n'avait que deux pouces trois quarts de diamètre, tandis que la tête de l'enfant, mesurée après l'accouchement avait treize pouces et demi de circonférence.

L'accoucheuse ne pouvait pas introduire seulement un doigt dans le passage avant l'opération, l'enfant est sorti presque de lui-même immédiatement après, et les vomissements et les convulsions ont cessé au même instant.

L'opération n'a été suivie d'aucun accident, l'accouchée ne

l'a point trouvée douloureuse, elle a dormi presque toute la nuit suivante ; elle s'est tenue sur les jambes le lendemain, ayant voulu absolument aller à la selle sur sa chaise percée. Mais le 28 avril 1778, la suppression des lochies donna lieu de craindre que les suites de l'accouchement ne fussent pas aussi favorables que les suites de l'opération.

En effet, les remèdes indiqués en pareil cas, n'ayant point réussi à rétablir cet écoulement, et les mamelles étant restées vides de lait, le ventre s'est météorisé et l'accouchée est morte le soir du 29 avril, avec tous les symptômes de l'inflammation et de la suppuration de la matrice.

Le cadavre étant devenu un sujet précieux pour l'humanité, à cause des contestations qui se sont élevées parmi le monde médecin, touchant la nouvelle opération, M. Retz et Lescarde ont signalé leur zèle patriotique, en demandant qu'il fût ouvert sous les yeux du magistrat, et en présence de tous les médecins et chirurgiens de la ville, à dessin d'examiner si l'opération de la section de la symphyse des os pubis est utile ou préjudiciable au bien public.

L'assemblée a trouvé l'opération bien faite, et un défaut évident de conformation qui l'avait rendue nécessaire car le diamètre du détroit du petit bassin, mesuré transversalement, les os pubis étant rapprochés, n'ayant été trouvé que deux pouces dix lignes sans y comprendre le volume de chaires.

La tête de l'enfant vivant sorti après l'opération était treize pouces et demi de circonférence, il s'en suit que le volume de cette tête étant de quatre pouces six lignes (12 cent. 15) de diamètre, elle était d'un pouce huit lignes (3 cent. 6) plus grande que l'ouverture du détroit par lequel

elle aurait dû passer ; ce qui fait un défaut évident de conformation et mettrait en contradiction avec eux-mêmes ceux qui n'auraient point reconnu ce défaut.

OBSERVATION II (Antonio Delgado).

In Desgranges. Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, 1781. Tome 55, page 73).

Le 6 août de cette année (1780). Dona Maria de A..., âgée de quarante-deux ans, grosse de son premier enfant et dans son neuvième mois, éprouva inutilement les douleurs de l'enfantement, depuis le 6 août jusqu'au 7 où elles cessèrent sans que la tête de l'enfant, descendue dans la partie la plus étroite du bassin, pût avancer, et dans la matinée du 9, elle était encore en même état. Alors elle fut visitée par le professeur qui la trouva avec la fièvre, très faible et l'intérieur du bassin mal formé, parce que les os pubis se portaient au dedans et que le coccyx était excessivement courbé vers la partie antérieure. Dans ces circonstances il proposa la section de la symphyse du pubis, sans porter atteinte aux téguments, mais en commençant par dessus le clitoris ménageant le canal de l'urèthre, après avoir évacué d'abord la vessie et pénétrant assez avant, pour effectuer la séparation des os : ce fut ainsi que fut effectuée l'opération par le licencié D. Antonio Delgado, élève au collège royal de Cadix. Aussitôt on entendit une crépitation et au bout de quelques minutes on trouva l'enfant dans un état d'asphyxie, mais on le souffla, et il ne tarda pas à revenir à la vie.

La fièvre cessa bientôt et la mère continua de se trouver si bien qu'elle s'est levée au bout de trente-huit jours. Elle

va à merveille elle jouit d'une bonne santé ainsi que son enfant, à l'exception d'une légère incontinence d'urine qui avec le temps peut se dissiper.

OBSERVATION III (Cambon).

(In Baudelocque. *Traité d'accouchements*, 1844, T. II).

Femme grosse de son premier, impossibilité de porter la main à travers le détroit inférieur, resserré par le rapprochement des os du pubis et ischions qui détermine à recourir à la section du pubis. On en obtient deux bons pouces (5 cent. 4) d'écartement ; la tête de l'enfant se plonge aussitôt dans le bassin en présentant la face vers l'un des côtés et ne pouvant en sortir, on en opère l'extraction avec le forceps ; on conserve cet enfant et la mère.

OBSERVATION IV et V (Damen).

(*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, avril 1787. T. 71).
Bassin rétréci dans la direction du diamètre bi-ischiatique 3° et
4° accouchement par la symphyséotomie.

Mme Cornélie Stols, qui fait le sujet de cette histoire singulière, était au temps où l'on a pratiqué la première de ces deux opérations, dans la trente-quatrième année. Elle n'avait aucune apparence de rachis, et elle était à tous égards bien conformée, excepté qu'on la soupçonnait d'avoir le bassin trop étroit. On évalua que le plus petit diamètre, celui qui s'étend d'un os ischion à l'autre, avait environ trois pou-

ces ; et le plus grand, des os du pubis au sacrum, était d'environ quatre pouces.

Dans deux accouchements précédents cette dame avait été secourue par M. Damen et on avait jugé nécessaire d'avoir recours au crochet. Dans le second M. Damen avait été aidé par trois accoucheurs expérimentés de la Haye qui convinrent tous avec lui que le bassin était trop étroit pour permettre à la tête d'un fœtus à terme de passer à travers sans être diminuée. Ces considérations engagèrent M. Damen, lorsque la malade devint enceinte une troisième fois, à recourir à la section de la symphyse, et il fut confirmé dans cette pensée par le professeur Camper, et le docteur Van-de-Laar, médecin et accoucheur de grande réputation à la Haye, qui tous deux, après avoir examiné le malade et trouvé une étroitesse à la partie supérieure (?) du petit bassin furent d'avis que l'on pourrait par l'opération proposée obvier à la difficulté qu'opposait cette conformation vicieuse.

M. Damen, fut appelé auprès de la malade le 20 octobre 1783, vers quatre heures après midi. Alors les douleurs étaient très fortes et à 8 heures l'orifice de la matrice était très dilaté, et l'on sentait la tête de l'enfant arrêtée sur la marge du bassin.

La section de la symphyse ayant été décidée d'avance du consentement de la malade et des amis qui l'assistaient, on ne s'occupa de rien que de saisir le moment favorable pour faire cette opération. M. Damen s'y était préparé par les instructions de M. Camper, qui pendant son séjour à la Haye lui avait soigneusement et avec amitié expliqué sur un cadavre toutes les précautions qu'il était nécessaire d'y apporter.

L'opération fut pratiquée en présence des docteurs Jansen, Van-de-Laar et Basselmann, peu après huit heures du soir. Le malade fut placée sur un lit dans une situation convenable (on avait auparavant vidé le rectum et la vessie et l'on incisa les téguments vers le milieu des os du pubis. Il ne fut pas difficile de diviser la symphyse, à peine fut-elle séparée, que les os s'écartèrent suffisamment pour admettre sans peine entre eux le doigt de l'opérateur.

Alors M. Damen put introduire sa main dans la matrice, et après avoir amené les pieds de l'enfant, il délivra la femme d'un garçon en bonne santé, fort, bien constitué, et d'un volume très considérable. Le placenta sortit sans aucune difficulté. Ensuite pansant la plaie avec de la charpie sèche, M. Damen y appliqua un bandage d'acier inventé pour ces sortes de cas par M. Camper.

L'urine sortit involontairement jusqu'au douzième jour de l'opération, que la malade recommença à les rendre naturellement. La plaie complètement guérie au trentième jour.

On pensa, dans le commencement que le bandage de M. Camper était très avantageux, et en effet il remplit parfaitement le but que l'on se propose dans ces cas qui est de tenir les os du bassin rapprochés ; mais quoiqu'il fût garni avec un cuir doux et bien recouvert avec de la flanelle la pression qu'il fit sur les hanches fut si grande, que le trentième jour on fut obligé de l'abandonner et d'y substituer une ceinture large de 7 pouces (19 cent. 9) faite d'un maroquin mollet, garni avec de la flanelle, et retenue par trois boucles. Lorsque l'on pansait la plaie, il ne fallait que défaire la boucle la plus basse de manière que les pubis restaient toujours appliqués ensemble.

On obligea la malade à rester constamment couchée sur le dos jusqu'au 28 novembre ; alors on lui permit de se tenir debout et de se promener pour la première fois. Elle continua d'user de cette permission chaque jour de plus en plus, et elle fut bientôt en état de vaquer aux affaires de son ménage aussi bien que jamais.

Le Dr Ficher, professeur de médecine et accouchements à l'université de Cöttingue, qui se trouva à la Haye au mois de novembre 1783 et qui visita la malade avec M. Damen écrivit le détail suivant de la situation à M. Camper.

« J'ai vu aujourd'hui (28 novembre) avec la plus grande satisfaction, madame Stols et son enfant, tous deux en bonne santé. La plaie est presque guérie, et cette dame peut maintenant se tenir debout et marcher sans peine ni difficulté, ainsi que j'ai eu occasion de le voir lorsqu'elle fit l'épreuve pour la première fois ».

Le 23 juin de l'année suivante (1784) M. Camper étant à la Haye, examina la malade avec le Dr Van-de-Laar et M. Damen, et ils donnèrent la déclaration suivante comme le résultat de leur examen.

« Examen de ce qui a suivi la division de la symphyse du pubis, pratiquée le 23 octobre 1783, par M. Damen, sur l'épouse de Gaspar Stols, de la Haye ».

« Nous soussignés P. Camper, A. Van-de-Laar, et J. C. Damen, certifions que nous avons examiné le 23 juin 1784 en la maison de M. Damen, l'épouse de M. Gaspar Stols et nous avons trouvé que les os du pubis sont unis d'une manière immobile à l'intérieure du bassin, laissant tout le long une petite élévation qui n'est pas plus large qu'une paille, et qui, dans les femmes qui n'ont jamais subi une pareille opération

est souvent beaucoup plus remarquable ; en outre à l'intérieur, la connexion est aussi très apparente, mais qu'un peu au-dessous du milieu des os pubis il y a un endroit douloureux au toucher et un peu mollet, et élevé.

Le D^r Camper, soupçonne un petit amas de pus dans cet endroit mais il estime qu'il se procurera aisément une issue au dehors comme cela est déjà arrivé. M. Damen pense que l'os pubis gauche est un peu plus élevé que le droit, mais cette différence n'a point été observée par le D^r Camper ni par le D^r Van-de-Laar ».

« L'urèthre paraît être mobile intérieurement des deux côtés, et n'être point aussi bien attaché aux pubis que dans les autres femmes ».

« La malade ne peut pas quelquefois retenir son urine lorsqu'elle est dans une posture droite, mais elle est toujours à l'abri de cette incommodité lorsqu'elle est dans une position horizontale ; souvent pendant plusieurs jours de suite elle ne rend point son urine involontairement ».

« Toutes les autres parties paraissent être entièrement dans l'état naturel. La dame marche avec beaucoup d'assurance, et elle vint ce soir avec son enfant dans ses bras à la maison de M. Damen ».

« Quelques semaines après l'opération étant à marcher et à faire les affaires de son ménage, un bubonocèle, auquel elle avait longtemps été sujette, reparut de nouveau mais on l'a facilement contenu, depuis, par un bandage convenable ».

« A tous autres égards, elle paraît être en parfaite santé. Signé : Pierre Camper, A. Van-de-Laar, J.-G. Damen ».

Nous allons passer maintenant au récit de la seconde opération qui fut pratiquée sur la même personne le 11 août

1785. La division de la symphyse fut plus difficile à faire que la première fois et fut suivie d'accidents qui menacèrent la vie de la malade mais que M. Damen regarda comme indépendants de l'opération.

M, Damen fut appelé auprès de cette dame à dix heures du matin. L'orifice de la matrice était alors très dilaté mais la tête de l'enfant était si haut qu'il ne put la sentir par le toucher. Toutefois le succès de la première opération et l'opinion où il était sur l'impossibilité que l'enfant passât vivant à travers le bassin de la mère, le déterminèrent à avoir sur le champ recours à la section de la symphyse du pubis, sans attendre que le travail fût plus avancé. Il fut appuyé dans sa résolution par les D^s Jorissen, Van-de-Laar, Haselmann, Haftele et Hnybert, qui assistèrent dans cette occasion et qui, après avoir examiné le bassin, furent d'avis qu'il n'était point du tout élargi par la première opération, et que la section était le seul moyen par lequel la vie de l'enfant put être sauvée.

En coupant à travers la symphyse, M. Damen rencontra une plus grande difficulté que la première fois, le cartilage paraissait être plus dur ; mais aussitôt que la division fut achevée, les os pubis s'écartèrent assez pour permettre de placer deux doigts, entre eux. L'enfant, qui était une fille, fut retournée et amenée par les pieds comme dans la première opération. La circonférence de la tête de cette enfant était de 14 pouces (37 cent. 8) elle mourut cinq semaines après la naissance.

Le soir même du jour de l'opération, la mala de pouvait rendre les urines à volonté.

Elle fut bien jusqu'au troisième jour ; alors elle éprouva

des symptômes d'inflammation du péritoine, tels que tension et douleur dans le ventre, vomissement et fièvre, auxquels se joignirent ensuite le hoquet et une suppression du lait et des lochies, et le sixième jours elle commença à aller bien.

On essaya d'appliquer la même ceinture qui avait été employée après la première opération ; mais la malade refusa de permettre qu'on la laissât, de sorte qu'elle était sans aucun bandage, ce qui, toutefois, n'empêcha pas la réunion des os pubis, qui fut si complète à la fin de la troisième semaine, que la malade était en état de marcher.

En juin 1786 elle fut examinée à la Haye par le professeur Camper et le docteur Van-de-Laar, qui trouvèrent la réunion des os parfaite. La malade pouvait se tenir debout ou sur l'une ou l'autre de ses deux jambes sans inconvénient, et elle marche depuis chez elle jusque chez M. Damen, ce qui fait la distance d'environ un mille et demi.

A l'intérieur de la symphyse ils sentirent une partie enfoncée très légèrement dans laquelle le cartilage ou calus n'avait point complètement rempli l'intervalle. Extérieurement la cicatrice n'était point visible et on n'observait du côté de l'urèthre aucune chose contre nature.

La malade n'avait point eu d'incontinence d'urine, après la seconde opération ; elle était entièrement exempte lorsque l'on fit cet examen. Elle n'éprouvait aucune incommodité en allant à la garde-robe, mais elle avait un léger prolapsus du vagin. Ses règles avaient paru régulièrement.

La hernie ayant été négligée, remplissait le pudendum du côté droit, mais elle fut aisément réduite.

OBSERVATION VI

Porak (Bulletin et mémoires de la Société obstétricale
et gynécologique de Paris 1894).

Cyphose dorso-lombaire, Bassin légèrement asymétrique
diamètre bi-ischiatique 9 cent. 3, diamètre bi-sciatique 7 cent,
7. Insuccès d'une première application de forceps.

Symphyséotomie suivie d'une seconde application de for-
ceps. Mère et enfants bien portants.

La nommée L. P. 24 ans, de bonne santé, est entrés à l'ho-
pital Lariboisière, le 23 mai 1892.

Son père est bien portant. Sa mère qui mena 7 grossesses
à terme et présenta 4 avortements, est actuellement pension-
naire d'un asile d'aliénés.

Elle même n'a marché qu'à 28 mois, elle a été atteinte
dans son enfance d'une ophtalmie et à 7 ans elle souffrait d'un
mal de Pott qui ne fut guéri qu'à l'âge de 13 ans, elle-même
garda le lit à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant 8 mois.

On constate qu'elle est atteinte de cyphose portant sur les
dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires. Le
sternum fait une saillie en carène très marquée avec intu-
mescence légère des articulations chondro-costales.

Hauteur de la toise 1 mètre 39. L'extrémité des mains
atteint l'union du 1/3 moyen de la cuisse avec le 1/3 infé-
rieur. Pas de courbure anormale des membres inférieurs. Le
bassin est légèrement asymétrique, il est infundibuliforme.
L'épine sciatique du côté gauche et le diamètre bi-sciatique
est notablement plus rétréci que le diamètre bi-ischiatique.
On n'atteint pas le promontoire mais on parcourt avec assez

de facilité la plus grande partie antérieure de la ligne innominée,

La courbure du sacrum est redressée jusqu'à sa partie la plus inférieure d'où le coccyx se dirige fortement en avant tout en étant assez mobile.

Diamètre bi-sciatique 7 cent, 7.

Diamètre bi-ischiatique 9 cent, 3.

Diamètre coccy-sous-pubien 9 cent. minimum, 11 cent maximum (coccyx mobile).

La P... est enceinte pour la première fois, elle est à terme.

Les dernières règles remontent au 12-15 octobre 1891. Elle entre dans service le 23 mai 1892.

Le travail débute le 9 juillet 1892 à 6 heures du matin.

La poche des eaux s'est rompue prématurément le 16 juillet à 11 heures du soir ; la tête de l'enfant se présentant en O I D A, reste au détroit supérieur quoique la dilatation du col soit presque complète vers 4 heures du soir.

A 4 heures 1/2 voyant que la partie fœtale ne s'engageait pas franchement, je pratique une application rigoureuse de forceps, sous le chloroforme. La vulve était très œdématiée, l'urine ne contenait pas d'albumine.

En face de l'insuccès de l'application du forceps, les battements du cœur de l'enfant étant bons, on pratique la symphyséotomie. On incise verticalement, sur la ligne médiane, la région pubienne dans une étendue de 6 centimètres après avoir rasé le mont de vénus et après avoir pris les précautions antiseptiques d'usage. On attaque la symphyse, à l'aide du bistouri boutonné, par en bas et d'arrière en avant, sous le couvert du doigt garantissant toute blessure de la vessie ; la

femme étant placée en travers du lit, les membres inférieurs modérément écartés.

Une deuxième application de forceps permet d'extraire très facilement un enfant qui crie très peu de temps après la naissance.

C'est un garçon, pesant 3,030 grammes.

Longueur du corps 50 centimètres.

Diamètre occipito-mentonier. . . 12 cent. 2.

— bi-pariétal. 9 cent. 4.

— bi-temporal 8 cent.

— sous-occipito-bregmatique 9 cent. 4.

La délivrance s'effectue normalement dix minutes après.

Poids du placenta 550 grammes. Membranes complètes.

Insertion du placenta sur la partie inférieure du corps de l'utérus, longueur du cordon 35 centimètres.

L'enfant est en bon état. Toutefois il présente quelques ecchymoses au niveau du pariétal gauche dues à l'empreinte de la cuiller du forceps.

Le col de l'utérus présente deux déchirures n'allant pas jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

Deux points de suture sont placés sur la déchirure du col à droite et trois à gauche.

Déchirure ne dépassant pas la moitié antérieure du périnée, s'étend en arrière du côté du vagin. On pratique 4 points de suture.

On suture l'incision de la région pubienne. Pour toutes ces sutures je me suis servi du crin de Florence. Pansement iodoformé ouaté, ceinture de flanelle aussi serrée que possible, ligature des membres.

19 juillet. — Temp. 38°,2, pouls 120, après l'opération.

- 20 juillet. — [Matin, temp. 37°,2, pouls 124. diarrhée.
Naphtol, craie préparée, charbon à à 192 champagne, lait.
- 20 juillet. — Soir, temp. 37°,6, pouls 104.
- 21 juillet. — Matin, temp. 37°,2, pouls 106, diarrhée.
- 21 juillet. — Soir, temp. 37°, pouls 104.
- 22 juillet. — Matin, temp. 37°,6, pouls 104, diarrhée.
- 22 juillet. — Soir, temp. 37°,4, pouls 108.
- 23 juillet. — Matin, temp. 37°,4, pouls 106, diarrhée.
- 23 juillet. — Soir, temp. 37°,4, pouls 112.
- 24 juillet. — Matin, temp. 37°,2, pouls 102, diarrhée.
- 24 juillet. — Soir, temp. 37°,6, pouls 112.
- 25 juillet. — Matin, temp. 37°,4, pouls 112. Etat de santé très satisfaisant.
- 25 juillet. — Soir, temp. 37°,4, pouls 104.
- 26 juillet. — Matin, temp. 36°,8, pouls 94, enlèvement des fils de la région pubienne.
- 26 juillet. — Soir, temp. 37°,2, pouls 100.
- 27 juillet. — Matin, temp. 36°,8, pouls 94, enlèvement des fils périnaux et vaginaux.
- 27 juillet. — Soir, temp. 37°,2, pouls 100.
- 28 juillet. — Matin, temp. 36°,8, pouls 92.
- 28 juillet. — Soir, temp. 37°,4, pouls 66.
- 29 juillet. — Matin, temp. 37°,2, pouls 100.
- 29 juillet. — Soir, temp. 37°,6, pouls 94.
- 30 juillet. — Matin, temp. 37°, pouls 80, on enlève un fil vaginal.
- 30 juillet. — Soir, temp. 37°, pouls 80.
- A partir du 30 juillet pendant les 18 jours suivants, la température oscille autour du 37° et le pouls se maintient entre 70 et 80.

Il ne se produit pas d'incontinence d'urine.

Au moment où on retira les fils, la plaie du pénil paraissait être réunie par première intension, mais le lendemain il y eut disjonction des bords de la plaie qui s'écartèrent d'un centimètre à peu près et se réunirent lentement et sans accident.

L'enfant est allaité par une nourrice. Il subit vers le 3^e et 4^e jour une perte maximum de 75 gr.; à partir de ce moment il augmente régulièrement de poids. Le cordon tombe le 7^e jour. Le 51^e jour il pesait 3550 gr. Il a donc gagné 520 gr. pendant son séjour à l'hôpital. Quoique l'augmentation de poids laisse un peu à désirer, l'enfant se porte bien.

La mère, qui s'est levée le 20^e jour est restée dans le service jusqu'au 9 septembre, La santé est restée excellente.

Le 25 août. — Je l'ai examinée au point de vue de la mobilité symphysienne. Celle-ci présente une oscillation assez étendue mais il n'existe en ces régions aucune douleur, et la malade ne se plaint pas de souffrir en marchant.

Cette femme est venue accoucher en février 1893 dans mon service. Elle vaquait à ses affaires comme par le passé.

Elle est accouchée cette fois spontanément. Son enfant pesait 2700 gr. c'est-à-dire plus de 300 gr. en moins que la première fois. Les symphyses sont restées plus lâches. Cette circonstance et le volume moindre de l'enfant donnent la raison de son accouchement spontané. Dans les bassins cyphotiques on sait que la laxité des symphyses est une circonstance très favorable à l'accouchement, elle permet l'écartement des ischions. Les os iliaques tournent sur leur axe autour d'un point situé à la partie supérieure et postérieure des cavités articulaires sacro-iliaques. Les épines sciatiques très éloignées de ce point peuvent donc s'écarter notablement.

OBSERVATION VII (Jewett).

(Brooklyn medical, novembre 1892).

Primipare, bassin rétréci au détroit inférieur diamètre bi-ischiatique, Insuccès d'application de forceps. Symphyséotomie. Mère bien portante. Enfant ranimé, mort 24 heures après.

Le 30 septembre 1892, grâce à l'obligeance de MM. Dr^s Hunt et Carley j'ai été appelé pour le cas suivant de travail difficile.

« Quand je suis arrivé chez la parturiente vers 7 heures du soir, on m'a raconté l'histoire suivante.

La parturiente une femme robuste âgée de 22 ans, primipare, est entrée en travail à 1 heure du matin ; à 10 heures du matin l'occiput apparut à l'orifice vulvaire ; 2 à 3 heures après cela les douleurs étaient très intenses mais la tête restait fixée au pouvoir du passage pelvien. Des tentatives pour l'extraire avec le forceps n'ont pas réussi, l'instrument ne pouvait pas être appliqué sur la tête. Tandis que partout ailleurs il y avait une largeur suffisante, il existait un rétrécissement transversal marqué du détroit inférieur. Le diamètre bi-ischiatique mesurait 7 cent. et demi environ. Il était évidemment impossible d'extraire l'enfant intact à travers cet espace.

On pourrait facilement faire la craniotomie sans danger pour la mère, mais le cœur fœtal battait encore fortement quoique un peu rapide variant de 150 à 170 par minute ; le pouls de la mère à 100 et la température normale. Tous éprouvaient de la répugnance pour l'opération mutilatrice.

Tous y compris les amis de la parturiente consentaient à

la symphyséotomie. L'opération était clairement indiquée comme moins grave que l'opération césarienne et dans les conditions présentes, donnait des espérances pour la mère et pour l'enfant.

On a envoyé chercher les instruments nécessaires mais celui qui les portait perdit le chemin et l'opération fut retardée jusqu'à 9 heures 30 du soir.

Pendant toute la durée de l'intervention le cœur fœtal n'avait pas perdu sa force, ni le pouls augmentait de fréquence.

Le pubis a été soigneusement nettoyé, et tenu couvert pendant deux heures environ avec des compresses imbibées d'une solution mercurielle.

Une incision d'environ 1 inch 1/4 (32 mm.) de longueur a été portée jusqu'à la partie supérieure de la symphyse. Un fort bistouri boutonné a été passé, alors, en bas, derrière la symphyse, la pointe étant fortement pressée contre la symphyse.

Les fibres du ligament ont été divisées, principalement d'arrière en avant et en partie de bas en haut.

L'accouchement a été facilement accompli, la tête était poussée dehors par le doigt introduit dans le rectum, tandis que une forte pression était appliquée au-dessus du pubis. L'incision pendant ce temps était protégée par quelques compresses de gaze stérilisée imbibées avec la solution mercurielle ; l'écartement de l'articulation n'a pas dépassé apparemment 1 inch. (2 cent. 1/2).

A l'examen la vessie et l'urèthre ont été trouvés sans lésions. L'incision à travers les parties molles a été fermée avec des fils de soie et la plaie pansée.

Le vagin a été lavé avec une solution mercurielle, et la vulve

saupoudrée d'iodoforme, le pelvis a été immobilisé par un bandage solide fait avec des bandes de mousseline. L'utérus est revenu et la vessie se vida d'elle-même le matin suivant ; la patiente n'a pas eu des mauvais symptômes et elle est en train de faire une convalescence satisfaisante.

L'enfant, du sexe masculin, est bien développé ; il fut ranimé avec une certaine difficulté, mais mourut 24 heures après, par le fait de la pression longtemps continuée, principalement par lésions cérébrales. La tête était énormément déformée. La position était OGA. Un profond sillon s'étendait du sommet de l'oreille droite à la partie antérieure du bregma correspondant à la branche droite ischiopubienne.

Le pôle occipital derrière cette ligne avait été moulé en un long et étroit cylindre. Il y avait aussi une asymétrie marquée de la face. Le jour suivant le diamètre O. M. mesurait 6 inch. 1/2 (16 cent. 5). L'O. F. 5 inch. 1/2 (13 cent. 9). Le Bi P 3 inch. 1/3 (8 cent. 9). La circonférence 13 inch. 1/2 (34 cent. 4).

Pour conclure je peux dire que vu la pression prolongée de la tête le cas ne donnait pas des expériences pour la symphyséotomie.

De même ; la viabilité manifestement affaiblie de l'enfant, aurait été une justification évidente de la craniotomie, mais comme le cœur fœtal battait fortement au moment de l'opération nous avons préféré la voie que nous avons suivie à l'alternative de prendre la vie de l'enfant, ou ce que nous croyons encore pire, d'attendre sa mort.

L'état de la mère ne pourrait pas être plus satisfaisant dans les cas où l'enfant aurait été extrait par la craniotomie. L'incision ne montre pas des signes d'infection, quoique la malade n'a pas complètement échappé aux effets de la pression prolongée de la partie inférieure du canal génital.

OBSERVATION VIII (Schanta)

(Compte-rendu officiel de la Société d'obstétrique de la Gynécologie de Vienne. Séance du 21 mars 1883. *in Arch. de tocol et gyn.* juin 1893).

Primipare de 24 ans. Elle a marché à 2 ans ; à 4 ans on remarqua, dans la région lombaire, une déviation de la colonne vertébrale d'où résulta une cyphose.

Elle se présente pour accoucher le 4 février 1893 ; son bassin est en forme d'entonnoir. Le diamètre transverse du détroit inférieur est de 75 millimètres ; le diamètre antéro-postérieur, 95 millimètres.

La tête s'engage en présentation du front, mais bientôt elle est bloquée dans l'excavation par suite du rétrécissement du détroit inférieur, qui l'empêchait de sortir.

Comme il existait une distension exagérée du segment inférieur, il y avait indication à terminer artificiellement l'accouchement.

Je me décidai à pratiquer la symphyséotomie. La face était en rapport avec la branche horizontale du pubis du côté droit, l'occiput avec la symphyse sacro-iliaque gauche, c'était le front qui proéminait.

La symphyséotomie ne présenta aucune particularité et je pus extraire, sans difficulté avec le forceps, une enfant pesant 250 grammes.

Une fois l'opération terminée, je constatai du côté gauche la présence d'une déchirure, qui commençait au niveau de l'urèthre s'étendait le long de ce canal sur toute la paroi antérieure du vagin et atteignait le col de la vessie, de telle

sorte que la vessie et l'urèthre n'était plus en contact que par un lambeau de chair, large de deux centimètres, siègeant du côté droit.

Je suturai solidement d'abord le col de la vessie puis le vagin ; enfin je réunis la symphyse avec du fil d'argent que j'amenai en dehors au-dessous de la symphyse.

Contre mon attente, le résultat fut excellent, la plaie vésicale guérit :

En injectant avec une certaine force du lait, par l'urèthre, ce lait revient par la sonde mais non par la fistule qui persiste à la partie inférieure de la blessure.

La femme urine normalement, il ne semble persistera qu'une légère faiblesse du sphincter urétral. De temps en temps quelques gouttes d'urine viennent sourdre au méat, sans qu'on puisse appeler cela de l'incontinence.

L'opération avait été du reste un peu plus difficile par suite de la forme du ventre de la parturiente qui pendait au-devant du bassin, et rendait le décubitus dorsal pénible pour la malade.

Actuellement la blessure est parfaitement guérie, et il ne persiste qu'une petite fistule qui conduit dans la région rétro-symphyséale.

OBSERVATION IX (Wallich).

Maternité Baudelocque, 21 mai 1895 n° d'observation 863.

Bassin rétréci au détroit inférieur. Cypho-scoliose. Mensuration externe d'un ischion à l'autre 6 cent. 5. Symphyséotomie pratiquée par M. Wallich. Enfant vivant pesant 3850 gr. Bi-pariétal de 9 cent. 7. Délivrance artificielle.

La nommée M..., 35 ans primipare, entre le 4 avril 1895 à la clinique de Baudelocque.

Elle a marché à un an. A 14 ans on remarqua quelle était un peu voûtée, on lui fit faire un corset spécial. Régée à 18 ans irrégulièrement pendant 6 jours.

Dernières règles du 12 au 15 août 1894. Apparition des mouvements actifs à 5 mois.

Cette femme est atteinte d'une cyphose dorsale assez accentuée, d'une scoliose ; 1° convexité à droite région dorsale ; 2° convexité à gauche, région dorso-lombaire ; incurvation légère des femurs et des tibias. Les épines iliaques postérieures sont à égale distance de la crête sacrée. Voussure du sternum. Les côtes inférieures entrent dans le bassin, le ventre est projeté en avant. Le bassin présente une antéversion exagérée.

Distance entre les épines iliaques antérieures et supérieures 24 cent. Taille 1 m. 46.

Le 7 mai 1895, M. Pinard examine cette femme sous le chloroforme et fait les mensurations suivantes :

Mensuration externe d'un ischion à l'autre.	6 cent. 5
Mensuration interne, largeur de l'arcade pubienne.	6 cent.
Union de la 1 ^{re} et de la 2 ^e vertèbre sacrée.	11 cent.
Diamètre coccy-sous-pubien.	8 cent. 4
Mensuration externe de l'arcade pubienne.	7 cent.

On ne peut atteindre l'angle sarco-vertébral.

Présentation du sommet en D. T.

Début du travail le 27 mai à 1 heure du matin ; rupture précoce de la poche des eaux, liquide amniotique normal.

La dilatation est complète le 27 mai à 10 h. 30 matin ; à ce moment, M. Pinard, pratique l'examen sous le chloroforme et décide d'attendre. On engage la femme à pousser,

la tête est très engagée, mais le mouvement de rotation ne s'accomplit pas. Vers 2 heures du soir M. Vallich constate que la tête a très peu progressé, elle est toujours en D. T.

Application de forceps, mais le mouvement de rotation est impossible. Hémorrhagie venant des lésions vaginales, arrêtée à l'aide de pinces et d'un peu de compression.

A trois heures du soir on transporte la femme à l'amphithéâtre où elle est anesthésiée.

M. Wallich après avoir fait l'antisepsie de la région incise la peau à 3 h. 15 ; à 3 h. 20, section de la symphyse terminée à 3 h. 24, l'écartement spontané de 3 cent. provoqué 4 cent. 5.

Application de forceps à 3 h. 26 en D T, prise régulière.

Au moment de l'introduction des branches, l'écartement est de 4 cent., forceps articulé à 3 h. 28. Extraction de l'enfant à 3 h. 30. L'enfant est né étonné, mais il est ranimé à l'aide de frictions légères, fait sa première inspiration à 3 h. 31, puis respire régulièrement.

A 3 h. 35, délivrance artificielle par Mlle Roze, le placenta est presque complètement adhérent.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Pansement iodoformé.

Suites de couches apyrétiques.

La femme urine spontanément le premier jour.

Le 2^e jour on enlève les fils profonds.

Le 10^e jour on enlève les fils superficiels, et elle se lève au 20^e jour.

La femme quitte la clinique le 22 juin 1895 en bon état.

L'enfant est un garçon et pèse 3850 gr, longueur totale 50 centimètres.

D'amètre	O M.	14,4
»	O F.	12,6
»	S O B.	10,6
»	S O F.	11,1
»	Bi P.	9,7
»	Bi T.	8,6
»	S M B.	10,8

Circonférence de la tête 33 cent. 5

Parti en nourrice le 31 mai 1895.

OBSERVATION X (Moussons).

(In Audebert. *Ann. de gyn.*, 1896 x li 127-142).

Bassin cyphotique. Symphyséotomie et accouchement prématuré combinés. Enfant vivant, mère guérie.

Jeanne S..., 29 ans, marchande ambulante entre à la clinique le 26 janvier 1896.

Nourrie par sa mère elle a marché à la fin de sa première année. A cinq ans elle fit une chute sur le dos après laquelle elle resta très longtemps malade et dans l'impossibilité de marcher. C'est là, d'après elle, la cause de la malformation thoracique dont elle est atteinte.

Premières règles à 17 ans.

Première grossesse en 1888. — Elle arrive en travail à la clinique ; fœtus à terme paraissant volumineux ; présentation du sommet à moitié engagé en OI DT ; le volume du fœtus est tel qu'on ne peut compter sur son expulsion sans opération destructive.

Après des essais infructueux de basiotripsie de céphalotripsie et de craniotomie on obtient enfin le dégagement de

la tête en glissant un lacs sous le menton et sur la nuque (?).
Le fœtus pesait 2,700 gr. sans compter la matière cérébrale.
Suites de couches normales.

Deuxième grossesse. — Le 2 juin 1889 la malade revient à la clinique enceinte de 7 mois. Siège en OIGT. Accouchement prématuré provoqué d'abord au moyen de trois sondes puis avec deux ballons de Barnes. Malgré une version par manœuvres externes la présentation pelvienne se produit et après un travail très laborieux et très long (3 jours) on extrait par le siège un enfant mort pesant 1,850 gr.

Troisième grossesse. — Le 26 janvier 1892 grosse de 7 mois et demi environ, elle revient à la clinique où l'on tente de nouveau un accouchement prématuré provoqué. Les ballons de Tarnier, de Barnes, de Champetier sont employés successivement ; après trois applications infructueuses de forceps on a recours à la version et on obtient un enfant en état de mort apparente et qui meurt quelques heures après. Il pesait 2,300 gr.

Grossesse actuelle. — C'est après ces trois accouchements terminés chacun par la mort des enfants que Jeanne S... se présente de nouveau à la clinique à la fin de décembre 1895, plus désireuse que jamais d'avoir un enfant vivant.

Dernières règles le 15 avril 1895.

La présence de son mari du 20 au 22 de ce mois, permet de préciser le début de la grossesse. Elle est donc enceinte environ de 7 mois. On lui conseille de revenir dans un mois dans l'intention de combiner la symphyséotomie avec l'accouchement provoqué avant terme.

Jeanne S..., est de taille exiguë elle a 1 m. 24. La déformation du thorax et de colonne vertébrale sont caractéristi-

ques. Le sternum pointe fortement en avant ; les côtes très rapprochées forment une sorte de cuirasse complète et sont pour ainsi dire imbriquées ; la colonne vertébrale n'est pas moins déformée ; une cyphose considérable a projeté en arrière toute la masse dorsale et une partie de la masse lombaire.

Il existe de plus une légère scoliose à concavité gauche, les épaules sont remontées en anse, les fesses inégales, le pli fessier gauche descend plus bas que l'autre, en un mot cette femme offre l'aspect d'un véritable polichinelle.

La figure n'a rien de particulier, à peine remarque-t-on une saillie notable des os malaires et un enfoncement des orbites ; les membres longs et grêles ne paraissent pas proportionnés aux dimensions du tronc.

La pelvimétrie externe donne des diamètres à peu près égaux à ceux d'un bassin normal ; elle montre que le détroit supérieur ne doit pas être de beaucoup rétréci ; le toucher en fournit la preuve plus péremptoire encore ; le promontoire n'est pas accessible mais à partir de la 2^e vertèbre sacrée, le doigt peut suivre toute la face antérieure du sacrum qui se trouve porté en avant et aplatie à sa partie supérieure, tandis que le coccyx est très rapproché du pubis à 7 centimètres environ.

Mais si le haut de l'excavation paraît à peu près normal, il est facile de constater que le détroit inférieur est au contraire considérablement vicié. Ce qui frappe au premier abord est l'étroitesse du diamètre transverse. Les épines sciatiques sont inclinées et rapprochées du côté de la ligne médiane, la gauche plus saillante que la droite. Le diamètre bi-ischiatique mesuré par les deux méthodes interne

et externe est approximativement de 5 centimètres et demi.

Le pubis est aussi déformé : la symphyse pubienne paraît augmentée ; sa direction est oblique en bas et en arrière et par suite son extrémité inférieure se trouve beaucoup plus rapprochée du plan postérieur du bassin que son extrémité supérieure. Les branches ascendantes du pubis forment un angle très aigu et l'arcade pubienne est réduite à une fente verticale.

En résumé c'est le type du bassin en entonnoir du bassin cyphotique chez lequel les lésions portaient seulement sur le détroit inférieur.

Opération. — Le samedi 25 janvier 1896 (la grossesse est alors de 8 mois) on provoque l'accouchement prématuré à l'aide d'un ballon Moussous qui le surlendemain est remplacé par un ballon de Champetiers gonflé à 350 gr.

Le mardi 28, le col est dilatable, la poche des eaux intacte, le fœtus très instable, la tête mobile en partie dans l'excavation.

Symphyséotomie. — La projection de l'utérus en avant et l'inclinaison de la symphyse gênent beaucoup pour l'incision de la peau et des parties molles dont le plan, à ce niveau, est vertical. Les veines de la région sont variqueuses et donnent un peu de sang, on les pince. La symphyse est mise à nu, l'interligne articulaire abordé par en haut ne peut être retourné que dans la moitié supérieure, ou complète la section par la voie sous-symphysienne.

Rupture artificielle des membranes, écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique teinté en vert. Pendant cette manœuvre, la tête se loge dans la fosse iliaque droite et au lieu d'un sommet il se trouve une présentation

de l'épaule gauche en A. I. D. J'amène rapidement un pied à la vulve ; l'extraction ne présente rien de particulier si ce n'est que je dégage la tête dans le diamètre antéro-postérieur, et à ce moment l'appareil mesureur de Pinard indique un écartement de 4 cent 1/2.

L'enfant est rapidement ranimé, c'est une fille qui pèse 2,410 gr.

Diamètres.

O. M. = 11 1/2

O. F. = 10 1/2

S. O. B. = 9 1/2

Bi — P = 8 1/2

Bi — T = 7 1/2

Sutures en trois étages ; les pubis sont maintenus en contact au moyen d'une ceinture de gymnastique.

J'enlève les sutures au 10^e jour ; les suites de couches ont été marquées par l'évolution d'un érysipèle bénin qui ne dura que 3 ou 4 jours et qui n'eut d'ailleurs aucun retentissement dans la région génitale. C'était un érysipèle à répétition ; la malade depuis 2 ans en avait déjà été atteinte 4 fois.

Jeanne S... quitte la clinique le 22 février 1896 en parfait état et marchait depuis quelques jours.

L'enfant pesait 2,800 gr.

OBSERVATION XI (Varnier)

Maternité Baudeloque 5 avril 1893, n° d'observation 569.
Bassin rétréci au détroit inférieur. Cyphose sacro-lombaire ; bi-ischiatique 6 cent. 8. Symphyséotomie par M. Varnier. Enfant vivant pesant 3030 gr. Bi-pariétal de 9 cent. 5. Délivrance artificielle.

La nommée F..., âgée de 32 ans, primipare entre le 14 mars 1898 à la Clinique Baudeloque.

Elle a marché à 11 mois. Mal de Pott dont le début remonte à l'âge de 2 ans 1/2. L'attention a été attirée de ce côté à cette époque à la suite d'une chute dans un escalier. Elle est restée à l'hôpital Trousseau de 5 à 9 ans. Réglée à l'âge de 18 ans régulièrement.

Dernières règles du 17 au 19 juin 1897. Apparition des mouvements actifs vers le 15 octobre 1897.

Cette femme atteinte de cyphose sacro-lombaire à 1 m. 47 de taille ; quand elle est debout, la partie la plus déclive des dernières côtes plonge dans le grand bassin en dedans des crêtes iliaques. L'utérus est en antéverson très marquée, tension des parois assez considérable. La partie la plus élevée de l'utérus est à 17 cent. de la symphyse, et la ligne qui unit les insertions des ligaments ronds n'en est que 17 cent. Quant par le toucher on suit de bas en haut la face antérieure du sacrum, il semble que cette face antérieure est aplatie de sa moitié supérieure et l'on arrive en un point où l'on sent une petite saillie irrégulière se continuer sur les côtés avec les lignes innominées et qui est à un peu moins de 12 cent. de la sous-symphyse.

Lundi 28 mars. — M. Pinard mesure la distance interischiatique et trouve 6 cent. 1/2. La face interne des ischions est recherchée avec les pouces à travers les parties molles. Pour le diamètre coccy-sous-pubien il trouve 9 cent. 1/2.

Le mercredi 30 mars. — M. Pinard mesure sous le chloroforme le diamètre inter-ischiatique et trouve 6 cent. 8.

Le 4 avril. — Vers 4 heures du matin la malade commence à souffrir, on constate à ce moment un col en voie d'effacement. Rupture des membranes prématurée et spontanée dans la nuit du 3 au 4 avril, liquide amniotique verdâtre.

Le 4 avril la femme est montée à la salle du travail à 3 heures 50 du soir. La dilatation est de 0 fr. 50, la tête est élevée; toute la journée et la nuit la dilatation avance peu, vers 10 heures matin 5 avril la dilatation est de 5 fr. environ, tête encore haute mais engagé. Bruits du cœur normaux. La dilatation se fait lentement, toute la journée les bruits du cœur se maintiennent bons. Vers 5 heures du soir dilatation à peine d'une grande paume de main, la tête n'était pas encore au niveau des épines sciatiques. Une sage-femme du service maintient la lèvre antérieure du col pendant les contractions et la refoule derrière la tête. La dilatation se complète à toute contraction.

La femme pousse, mais les contractions sont faibles et séparées par un intervalle de 10 minutes environ.

La tête ne descend pas, la symphyséotomie est décidée. M. Varnier est prévenu. La malade est préparée comme d'habitude et anesthésiée; à 8 heures du soir section de la peau et de la symphyse, écartement spontané de 3 cent, à ce moment la tête tombe dans le bassin mou, l'écartement est porté à 6 cent. Application de forceps en G. T.; tractions lentes pendant que M. Baudron soutient avec les doigts la vessie au niveau de l'espace interpubien laissé béant.

La tête tend à se dégager en transversale, M. Vannier fait la rotation et le dégagement se fait en O. P.

En même temps que la tête descend, il sort de l'utérus un liquide verdâtre; à 8 heures 10 du soir on extrait une fille en état de mort apparente. Poids 3.060 gr. Elle est assez difficilement ranimée avec bains sinapisés, insufflation, et frictions à l'alcool.

L'examen des organes génitaux externes fait constater :

1° rupture complète des tissus vestibulaires, mais aussi une intégrité absolue de l'urèthre qui est simplement désinséré en totalité du vestibule. La déchirure s'étend davantage (d'environ 2 cent) sur la paroi vaginale droite : 2° une déchirure bilatérale du périnée.

Après une injection faite dans l'œuf M. Paquy fait la délivrance artificielle suivie d'une injection intra-utérine de 12 litres. La déchirure vaginale supérieure est alors séparée et l'urèthre replacée dans sa situation normale par 7 points de catgut.

La plaie opératoire abstergee avec la solution phéniquée forte est drainée par une mèche de gaze qui ressort par l'angle inférieur de la plaie, puis réunie par 2 fils d'argent profonds et 5 superficiels dont un fil d'attente au niveau de l'angle inférieur. Pansement ordinaire. Le 14 avril les fils sont enlevés.

Les suites de couches sont apyrétiques.

Sortie le 29 avril en parfait état.

L'enfant est une fille pesant à sa naissance 3.060 gr. 50 cent. de longueur totale.

Diamètres de la tête	O M.	13
	O F.	11,8
	S O B.	10,4
	S O F.	11
	B I P.	95
	S M B.	11,2

Circonférence de la tête : 33/34.

Sortie le 29 avril. — Poids à sa sortie, 3.700 gr.

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. le Dr Potocki).

Cyphose dorso-lombaire. Bassin rétréci au détroit inférieur. Accouchement à terme. Symphyséotomie suivie d'extraction par les pieds. Femme et enfant vivants.

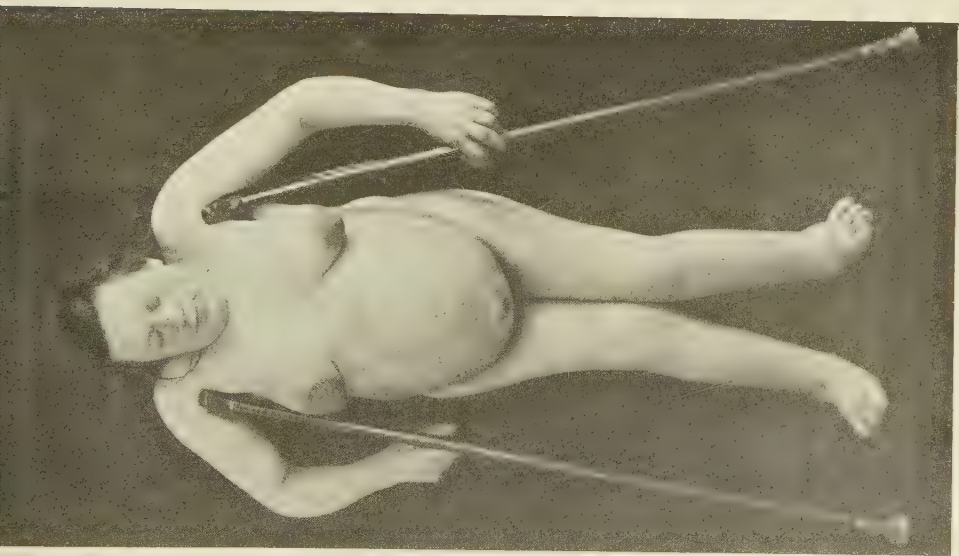
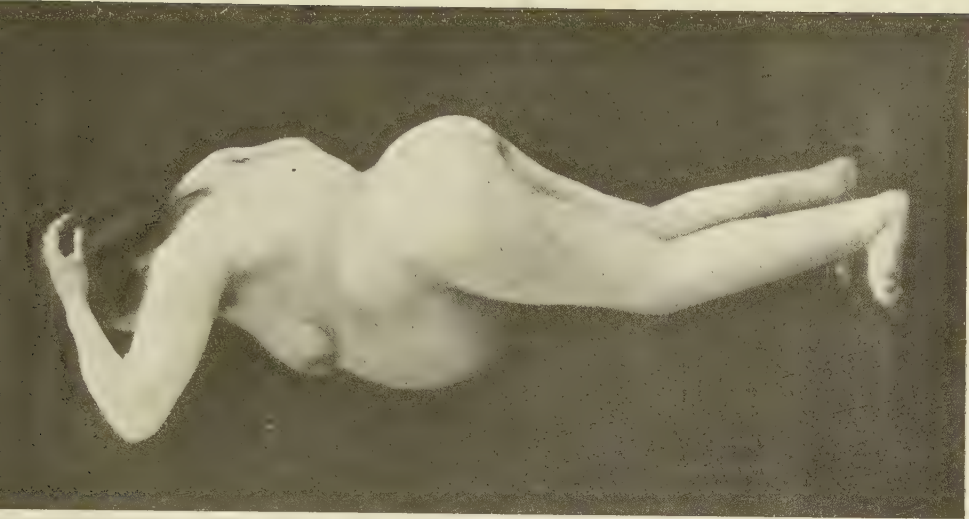
V... 27 ans, ouvrière, entre à la Maternité le 29 janvier 1900, au cinquième mois de sa première grossesse ; on la garde au dortoir jusqu'au moment du travail afin de pouvoir la surveiller attentivement.

Ses parents sont vivants et bien portants ; mais elle a eu huit frères et sœurs qui sont tous morts en bas âge.

Elle a été élevée au biberon à Paris ; a marché à 11 mois, mais à 5 ans, elle serait tombée sur le dos dans un escalier et serait voûtée depuis lors ; malgré cet accident, elle a continué à marcher jusqu'à 6 ans. Puis, la marche devenant de plus en plus difficile et même impossible, elle est entrée à l'hôpital Trousseau, où elle a gardé le lit jusqu'à l'âge de 13 ans. Quand elle recommença à marcher, elle dut se servir de béquilles qu'elle n'a pu abandonner depuis. A 13 ans, elle fut envoyée à Berck ; à 18 ans, elle eut plusieurs abcès froids à la cuisse gauche, qui furent traités par le grattage. Depuis lors, rien à signaler, si ce n'est que la malade ne peut marcher qu'appuyée sur deux béquilles.

Réglée à 18 ans ; leucorrhée avant les règles. Dernières règles le 16 août. La grossesse a été bonne et n'a été marquée par aucun phénomène anormal.

Examen du squelette et examen général. — La malade



présente les déformations caractéristiques d'un mal de Pot dorso-lombaire avec gibbosité, troubles trophiques et paralytiques des membres inférieurs.

Taille 1 m. 25. Les membres inférieurs sont proportionnellement plus longs que le tronc ; ils sont en extension. Les muscles des jambes et des pieds sont contracturés. Les mouvements des jambes sur les cuisses sont possibles, mais ceux des pieds sur les jambes ne le sont pas. Les 2^e et 4^e orteils sont fléchis et cachés sous les autres qui sont en extension ; d'ailleurs, tous les orteils sont immobilisés par la contracture de leurs muscles.

Le pied gauche est en flexion ; il porte sur le bord interne un gros durillon qui correspond probablement au scaphoïde

Les réflexes rotuliens sont exagérés. Les deux genoux sont en valgus, les rotules tournées l'une vers l'autre par suite d'une adduction permanente des cuisses. Épaississement marqué et durcissement de la peau des membres inférieurs ; par conséquent, l'atrophie musculaire est plus considérable qu'elle ne le paraît. Ensellure lombaire assez anguleuse, mais peu profonde.

Abdomen proéminent, sternum et cage thoracique projetés en avant. Membres supérieurs normaux.

La femme a beaucoup de peine à se tenir debout sans aide et sans béquilles. Les épaules sont relevées par l'usage habituel des béquilles. Les membres supérieurs paraissent très longs par rapport au tronc et les mains atteignent les genoux. Le thorax est très développé dans les dimensions transversales et antéro-postérieures, mais il est court ; les fausses côtes sont au contact des crêtes iliaques. Les fesses sont symétriques, les plis fessiers, très courts le sont également.

L'abdomen est en obusier au 5^e mois, mais franchement pendulum à la fin de la grossesse.

Les pieds en valgus reposent sur le sol par leur bord interne, et principalement le pied gauche sur lequel on a déjà signalé la présence d'un durillon.

La colonne vertébrale présente une gibbosité notable, à sommet arrondi, cette gibbosité est formée par 6 ou 7 vertèbres, les dernières dorsales et les premières lombaires.

La malade est d'une bonne santé habituelle. Elle est sujette aux étouffements et aux palpitations. A l'auscultation du cœur, on trouve que les battements sont un peu irréguliers et qu'ils offrent quelques intermittences. Après le premier temps, on perçoit un bruit de souffle sourd. Les poumons ne font entendre que de rares crépitations en arrière à la base droite et quelques râles en avant et à gauche. La malade n'a jamais eu d'hémoptysies ; elle ne tousse pas habituellement.

Le toucher explorateur est impossible à pratiquer dans le décubitus horizontal, car la vulve regarde vers le plan du lit quand la malade est allongée. Pour l'examen, il faut donc la mettre dans la position obstétricale. Le promontoire est très élevé, il est inaccessible. Cependant on atteint la ligne innommée dans presque toute son étendue, et aussi facilement d'un côté que de l'autre. Les épines sciatiques sont très rapprochées de la pointe du sacrum, l'épine droite paraît plus saillante. Les grandes échancrures sciatiques paraissent être plus étroites que dans les cas normaux. Les branches ischio-pubiennes et la symphyse rendent le toucher difficile, tant par leur abaissement que par l'étroitesse de l'arcade qu'elles limitent.

Le 15 mai, M. Potocki examine la femme et cherche à

mesurer l'étendue du diamètre bi-ischiatique. La malade étant placée dans la position obstétricale et ensuite dans la position genu-pectorale, il constate qu'il ne peut passer que deux doigts de champ entre les tubérosités de l'ischion. Il estime donc à 5 cent. 5 seulement le diamètre transverse du détroit inférieur.

La grossesse étant proche du terme, et l'enfant ne paraissant pas être très volumineux, il décide de laisser le travail s'établir spontanément, pour intervenir à la période d'expulsion par la symphyséotomie, car il lui paraît que la terminaison spontanée de l'accouchement est absolument impossible. L'enfant se présente par le siège, mais il est impossible de pratiquer la version par manœuvres externes, aussi bien à cause de l'état de tension quasi-permanente de l'utérus, que par suite de l'antéversion exagérée de cet organe et de la gêne éprouvée par la femme dans le décubitus horizontal qui serait cependant nécessaire pour pratiquer l'opération.

Le 29 mai, à 7 heures du matin, apparaissent les premières douleurs.

À midi, dilatation presque complète, rupture spontanée des membranes.

À 2 heures, dilatation artificielle du vagin et de la vulve avec un ballon de Champetier modérément gonflé.

À 4 heures et demie M. Potocki pratique la symphyséotomie.

Incision médiane et verticale présymphysienne, épaisseur considérable du pannicule adipeux du mont de Vénus. Isolation du sous-pubis. Introduction de la sonde-gouttière de Farabeuf derrière la symphyse pubienne. Incision de la symphyse sur la sonde. Ecartement provoqué de 5 à 6 centimètres.

L'enfant se présentant par le siège complet, M. Potocki procède à l'extraction ; dégagement facile du tronc et des épaules. La tête engagée dans le bassin et s'oriente en occipito-pubienne ; mais son extraction est difficile, car les os autant que les parties molles opposent une assez grande résistance. M. Potocki, comptant sur la dilatabilité du vagin et de la vulve qu'on s'est efforcé de produire artificiellement par le passage du ballon de Champetier rempli d'eau, ne pratique pas d'épisiotomie. Après 5 minutes de tractions énergiques, la tête est enfin extraite. Délivrance complète quelques minutes après. Injection intra-utérine très chaude, pour arrêter une hémorrhagie utérine assez abondante ; ergotine.

Il y a des lésions des parties molles. 1° Le col est déchiré à droite, mais la déchirure remonte à peine jusqu'au cul-de-sac vaginal ; 3 points de suture au catgut sur le col. 2° A gauche de la ligne médiane, il existe une déchirure du vagin qui fait communiquer ce canal avec la symphyse pubienne, la déchirure admettrait une pièce de 5 francs. Cette déchirure se continue presque jusqu'à la vulve, il reste seulement un petit pont de parties molles qui limite l'orifice vulvaire en haut. La solution de continuité intéresse l'urèthre dans sa partie inférieure, mais on retrouve difficilement les parois de l'urèthre déchiré, de sorte qu'il serait très incommode d'en faire la suture immédiate. Du reste, l'indication la plus pressante est de terminer l'opération, car l'état de la femme n'est pas assez satisfaisant pour qu'on continue à lui administrer du chloroforme ; ce qui s'explique facilement si on se rappelle qu'il y a eu une hémorrhagie utérine assez importante, et que, d'autre part, le décubitus horizontal est mal supporté, par suite de la cyphose. On se contente donc de fermer la plaie va-

ginale par 4 points de suture au catgut, et del'isoler ainsi, de la plaie symphysienne. Sonde à demeure dans la vessie ; l'urine est claire et ne contient pas de sang. Suture de la plaie pubienne par 3 points au fil d'argent passant à travers les plans fibreux présymphysiens. Drainage de la plaie symphysienne avec une petite mèche de gaze iodoformée.

L'enfant naît étonné, mais il est vite ranimé à l'aide de frictions. C'est une fille du poids de 2850 gr. Longueur 48 cent. Diamètres de la tête : O M = 12; O F = 11,2; B P = 9 B T = 7,8; S O B = 9,5.

Cet enfant, mis au sein d'une nourrice, s'élève dans de bonnes conditions ; il pèse 4050 gr. le 12 juillet.

Les huit jours qui ont suivi l'opération ont été marqués par des phénomènes fébriles et dyspnéiques. La malade ne pouvait rester allongée dans son lit, et force était de la laisser à demi assise. La plaie symphysienne ne présente rien de particulier, mais les grandes et les petites lèvres sont fortement œdématiées.

La sonde urétrale tient mal, on la remplace par une sonde de Pezzer, mais dès le lendemain de l'opération le pansement est souillé. Il ne passe pas d'urine par la sonde, toute l'urine s'écoulant le long de celle-ci ; on retire donc la sonde à demeure puisqu'elle est inutile.

Face interne des grandes lèvres un peu grisâtre ; attouchement à la teinture d'iode. Injection intra-utérine.

Le 3 juin. — La température restant élevée : 38°,2 le matin et 38°,8 le soir, on enlève les fils d'argent symphysiens, la réunion est parfaite. L'œdème vulvaire persiste ; aspect grisâtre de la vulve, incontinence d'urine absolue. Attouchement à l'iode.

Le 6 juin. — On enlève les fils symphysiens superficiels et les fils périnéaux. Le soir frisson 40°,2. Mais à partir de ce jour, la température redescend à la normale et s'y maintient constamment. L'incontinence d'urine persiste.

Le 16 juin. — On constate que l'urèthre est déchiré dans presque toute sa longueur. Au lieu d'un canal, il se présente sous la forme d'une sorte d'entonnoir étalé se détachant du col de la vessie et laissant voir la muqueuse uréthrale rouge et humide. L'entonnoir est lui-même déchiré en avant et en arrière, de sorte qu'en réalité l'urèthre s'est rompu le long de ses parois antérieure et postérieure et s'est ainsi séparé en deux lambeaux droit et gauche. Au-dessus de cet entonnoir uréthral éversé, on ne reconnaît plus la région clitoridienne, et à son niveau il existe un orifice qui conduit par un diverticule jusqu'au derrière la symphyse pubienne.

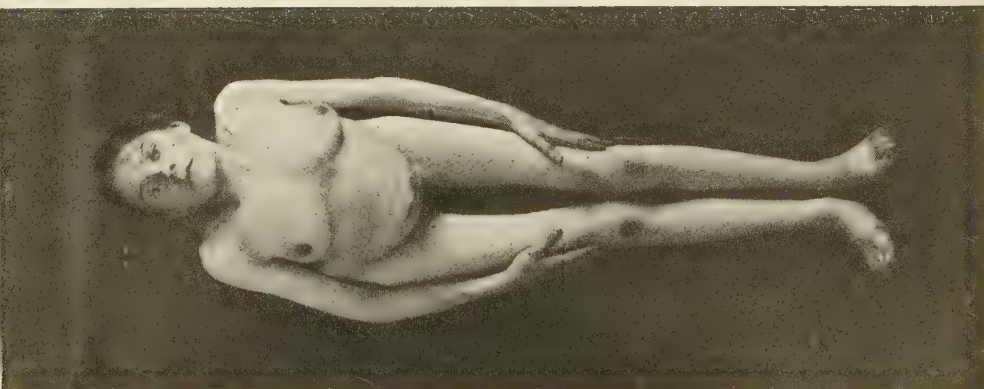
On pense qu'il ne faudra songer à restaurer l'urèthre que quand la cicatrisation sera complète et que ce diverticule sera comblé.

L'orifice vésical n'offre aucune résistance au passage d'une sonde. On a conscience de l'insuffisance du sphincter vésical.

La malade reste couchée jusqu'au 25 juin. Elle se lève quelques heures dans la journée. Son incontinence augmente dans la station debout.

Le 12 juillet, M. Potocki procède à la restauration de l'urèthre, mais il doit se contenter de libérer la portion de celui-ci qui est adhérente à la symphyse, puis d'aviver et de suturer la solution de continuité antérieure.

L'incontinence d'urine diminue notablement pendant les premiers qui suivent l'opération, mais elle reparait bientôt.



Une autre tentative de restauration plus complète, faite en août, et portant sur tout l'urèthre, donne un certain résultat, car la malade, quand elle est couchée, conserve une certaine quantité d'urine dans la vessie et urine volontairement, mais dans la station debout l'incontinence se reproduit.

V... quitte la Maternité le 31 août, la symphyse est bien réunie; la marche se fait comme auparavant avec des béquilles, mais l'incontinence d'urine persiste.

OBSERVATION XIII

(Communiquée par M. le Dr Potocki).

Cyphose dorso-lombaire. Bassin rétréci au détroit inférieur. Accouchement à terme. Symphyséotomie suivie de forceps. Mère et enfant vivants.

B... modiste, 25 ans, primipare, entre à la Maternité le 12 juillet 1900. Elle est à la fin de sa première grossesse, ses dernières règles datant du 13 au 16 octobre. La grossesse n'a été compliquée d'aucun accident; à noter seulement des nausées et des vomissements pendant les premiers mois.

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires. La malade est née à terme, elle aurait été élevée au sein par sa mère; mais cependant elle n'a marché qu'à l'âge de 8 ans. Quand elle commença à marcher, elle avait déjà les déformations du thorax et de la colonne vertébrale qu'on trouve aujourd'hui, toutetois il est impossible de savoir à quelle époque la gibbosité s'est développée.

B... ne se rappelle avoir eu aucune maladie, mais elle est anémique et s'essouffle facilement; elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 19 ans.

Examen du squelette.— Taille 1 m. 50. Membres inférieurs rectilignes ; pas de courbures pathologiques du tibia ni du fémur. Les membres supérieurs sont grêles et peu musclés comme les membres inférieurs ; mais ils sont également bien conformés et les os ont leurs courbures normales. Les membres sont demésurément longs, si on les mesure comparativement au tronc.

Il n'y a pas de déformation rachitique de la tête. La dentition est parfaite. La voûte palatine est ogivale.

Le thorax est le siège de déformations considérables. Le sternum fait une forte saillie en avant, le point culminant de sa convexité correspond à la ligne qui réunit les deux mamelons. Les côtes sont très rapprochées, les fausses côtes se recouvrent réciproquement, le bord inférieur de la cage thoracique arrive presque au contact de la crête iliaque.

Dans la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale il existe une saillie énorme, convexe en arrière. La gibbosité est constituée par les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires ; elle commence à 7 cent. au-dessous de la racine du cou pour se terminer également à 7 cent. de la rainure interfessière.

Au-dessus de cette gibbosité, on trouve une dépression médiane très marquée, limitée latéralement par la saillie des omoplates et au fond de laquelle se trouve la crête épineuse. Les fosses sous-épineuses sont très marquées. La maigreur extrême de la malade accuse encore mieux les déformations thoraciques. La pointe des omoplates est séparée des crêtes iliaques par un simple sillou

Les fesses sont petites, et toutes étroites, les plis fessiers assez courts sont symétriques

Examen obstétrical. — Abdomen pendulum. Lorsque la malade est allongée dans son lit, le ventre descend jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse. Hauteur de l'utérus, 34 cent.

Présentation du sommet, fixée en G. Bruits du cœur bons. En pratiquant le toucher, on constate que le bassin est rétréci au détroit inférieur. Les épines sciatiques sont très saillantes et plus rapprochées que d'habitude de la pointe du sacrum. Le promontoire est accessible. On mesure la distance des tubérosités de l'ischion en mettant la femme dans la position obstétricale, puis dans la position genu-pectorale. Dans l'une et l'autre position, on constate qu'on peut à peine passer trois doigts de champ entre les faces internes des tubérosités ischiatiques, ce qui indique que le diamètre bischiatique est d'environ 7 cent. 5 en tenant compte de l'épaisseur des parties molles. On trouve le même chiffre en mesurant cette distance avec le compas d'épaisseur.

Le diamètre sous-sacro-sous-pubien mesuré à l'intérieur du bassin est trouvé égal à 10 cent. 5.

M. Potocki décide de laisser le travail se déclarer spontanément et d'agir au cours du travail, au besoin par la symphyséotomie, si l'accouchement ne se termine pas spontanément.

Le 16 Juillet, à 8 heures du matin, apparaissent les premières douleurs, et à 8 heures et demi, les membranes se rompent spontanément ; on transporte la femme à la salle d'accouchement, pour la surveiller et lui donner les soins antiseptiques habituels.

Le travail marche régulièrement, la tête se fixe de plus en plus fortement sur l'entrée du bassin en gauche. A 5 heures du soir la dilatation est comme une petite paume de main, la tête appuie bien sur l'orifice et semble s'engager.

A 10 heures 15 du soir, la dilatation est complète. La parturiente a de très fortes contractions, mais la tête ne progresse pas, elle est retenue par le bassin osseux. On pense qu'elle ne passera pas, mais M. Potocki attend cependant jusqu'à 1 heure du matin avant d'intervenir, la femme conservant un état général assez bon, et l'auscultation démontrant que l'enfant ne souffre pas.

A une heure et demie du matin, le 17, la symphyséotomie est commencée sous l'anesthésie chloroformique.

Les précautions antiseptiques prises, la vessie vidée par le cathétérisme, M. Potocki fait une incision présymphysienne verticale et médiane qui intéresse les parties molles jusqu'aux plans fibreux. Incision aux ciseaux de l'aponévrose abdominale pour permettre le passage du doigt derrière la symphyse pubienne et frayer le chemin à la sonde-gouttière. Libération des parties molles situées au devant de l'arcuatium, tant avec le doigt qu'avec la sonde-gouttière. Celle-ci est finalement insinuée au-dessous et en arrière de la symphyse, et son extrémité, guidée par le doigt, apparaît à la partie supérieure de la plaie. Section nette de la symphyse sur la sonde-gouttière. Ecartement provoqué de 4 à 5 centimètres par l'abduction des cuisses tenues par des aides. Il ne s'est pour ainsi dire pas écoulé de sang. Tamponnement de la plaie avec de la gaze stérilisée.

M. Potocki applique le forceps sur la tête orientée en OIGA ; prise régulière. Avant de tirer, et pour éviter dans la mesure

du possible la déchirure de l'urèthre, il fait aux ciseaux une incision de trois centimètres sur le milieu du périnée. Extraction facile. Délivrance naturelle et complète quelques minutes après.

Il n'y a pas de lésion de l'urèthre. Suture du périnée avec trois fils d'argent. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. On remet l'accouchée sur la table d'opération les jambes allongées. Suture de la plaie symphysienne avec trois fils d'argent profonds, passant à travers les tissus fibreux ; quelques crins superficiels.

L'enfant naît étonné, mais crie après quelques frictions, c'est un garçon pesant 3.300 gr., de 48 centim. de longueur et dont la tête présente les diamètres suivants.

$$O F = 11,6.$$

$$O M = 13.$$

$$Bi P = 9,5.$$

$$S O F = 10, 3.$$

$$Bi T = 8,5.$$

$$S O B = 9,5.$$

Le placenta complet pèse 700 gr.

À la naissance, la tête de l'enfant est très déformée. Il y a un chevauchement considérable du pariétal droit au-dessous du pariétal gauche. L'occipital et le frontal sont recouverts par les pariétaux. La tête est asymétrique.

L'enfant, élevé au sein d'une nourrice, prospère sans grands incidents ; il pèse 3.650 gr. le 24 août.

Les suites des couches ont été marquées par quelques élévations de la température avec fréquence du pouls, accidents attribués à des complications thoraciques, car la malade a eu un peu après l'accouchement de la dyspnée, des points de côté, de la toux, et ces phénomènes ne se sont nettement amenés que quand on a permis à la malade de s'asseoir sur son lit.

La plaie symphysienne s'est réunie par première intention, les fils ont été enlevés le 8^e jour, ainsi que les fils péri-néaux. Il n'y a eu aucun trouble de la miction ; la malade a toujours uriné spontanément.

Le ventre est resté plat ; contre la constipation on a été obligé de donner à plusieurs reprises de légers laxatifs et des lavements.

Le 31 juillet. — La malade souffre au niveau de sa gibbosité, où il y a une légère écorchure par suite de la pression continue produite par le décubitus dorsal prolongé.

Le 5 août. — C'est-à-dire le 19^e jour, la malade se lève pour la première fois, et elle quitte la Maternité le 24 août. Elle est très bien portante ainsi que son enfant.

La symphyse pubienne paraît bien réunie, elle n'est pas douloureuse.

BIBLIOGRAPHIE

Ansiaux. — Dissertation sur l'opération césarienne et la section de la symphyse des pubis, 1803, p. 12.

Audebert. — Quatre observations de la symphyséotomie. Ann. de gyn. 1896 X li, 127-142.

— Étude sur les ruptures des parties molles pendant la symphyséotomie et les moyens de les éviter. Arch. de tocol. et de gyn., février et mars, 1895.

Baudelocque. — L'art des accouchements, t. II. 1844, p. 366 et 401.

Bachacourt. — Art. Pubiotomie. Dictionnaire. Décembre, t. 79, 1889.

Budin. — Leçons de clinique obstétricale, 1889, p. 235.

Cazeaux. — Traité pratique et théorique des accouchements, 1867.

Chantreuil. — Étude sur la déformation du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement. Thèse de Paris, 1869.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements, t. II, 1890.

Damen. — Journal de méd. chir. et phar, 1797, t. 71.

Dépaul. — Cas de cyphose. Journal des sages femmes, 1875.

Desforges. — Recherches critiques et historiques sur la symphyséotomie. Thèse de Paris, 1892.

Desgranges. — Réflexions sur la section de la symphyse des os pubis, in-8., t. 2, n° 2.

— Rsmarques critiques sur la symphyséotomie. Journ. de méd. chir. et phar., t. 67, p. 491 et t. 68, 1787, p. 91.

— Journal de médecine. t. 55, 1781, p. 73.

Desormeaux. — Dictionnaire de médecine en 21 volumes (1826-1828), art. symphyséotomie.

Diment. — Sacrotomie pour rétrécissement du diamètre droit du détroit inférieur. L'obstétrique, 1896, page 545.

Didier. — De la cyphose angulaire sacro-vertébrale et de son influence sur la grossesse et l'accouchement. Thèse de Nancy, 1874.

Fallot. — Anatomie obstétricale de l'orifice pubio-périnéal. Thèse de Lyon, 1889.

Farabœuf (L.-H.) — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 9 juin 1894.

Farabœuf (P.) — Les bienfaits de la symphyséotomie. Thèse de Paris, 1893.

Gardien. — Traité d'accouchements, 1807, t. III, p. 39 et 55.

Gaulard. — De la symphyséotomie. Presse médicale. 1894.

Gotchaux. — De la symphyséotomie. Thèse de Paris, 1892.

Govin. — Cyphose pure au point de vue obstétricale. Thèse de Paris. 1896.

Hypocrate. — De la nature de l'enfant. Œuvres complètes d'Hippocrate par F. Littré, Tome VII, p. 538.

- Jorand.** — Accidents et complications de la symphyséotomie. Thèse de Paris, 1896.
- Jacquemier.** — Manuel des accouchements, 1845.
- Jewet.** — A case of. symphysiotomy. Brooklyn médical, novembre, 1893.
- Klien.** — Die Geburt beim kyphotischen Becken. Archiv für gynækologie, Berlin 1896, (56).
- Laden.** — Contribution à l'étude de la symphyséotomie. Thèse de Lille, 1897.
- Lardennois.** — Accouchement spontané et facile chez une primipare cyphotique à rétrécissement moyen du détroit inférieur. Bull. et mémoires de la Société obst. et gyn., juin, 1894.
- Lescure.** — Section de la symphyse du pubis, Paris, 1803.
- Lop.** — La symphyséotomie. Gaz. des Hôpitaux de Paris 1895, page 461.
- Morestin.** — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Thèse de Paris 1894, page 301.
- Murat.** — Art. Symphyséotomie. Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes (1821).
- Neugebauer.** — Die heutige statistik der Geburten bei Beckenverengerung infolge von Rückgrats kyphose. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie. Band. I, 1895,
- Perret.** — Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie. Thèse de Paris 1895.
- Petrequin.** — Traité d'anatomie médico-chirurgicale, t. II' 1857, page 477.
- Peuch.** — Du bassin cyphotique au point de vue obstétrical. Arch. de tocol. et gyn. mars et avril. 1894.

- Pinard.** — Nouvelles recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie sur la forme et les diamètres antéro-postérieurs de 100 bassins viciés. Thèse de Paris 1874
- Clinique obstétricale 1899.
- Cyphoscoliose, accouchement provoqué. Journal des sages-femmes. Paris XV.
- De la symphyséotomie. Ann. de gyn., décembre 1892.
- Ann. de gyn., 1895, 1897, 1898, 1899, 1900.
- Porak.** — Symphyséotomie, statistique, manuel opératoire. Bull. de la Société de gyn. et obst., octobre et nov. 1894.
- Retz.** — Une brochure in-4°.
- Rivière.** — Du bassin des bossues. Arch. clin. de Bordeaux 1893.
- Rochot.** — Dissertation sur la section de la symphyse des pubis et sur les cas qui exigent cette opération. 1807.
- Schauta.** — Société obstétricale et gynécologique de Vienne, 21 mars et 11 avril 1893. Centralb. für gyn. 6 mai et 11 juillet 1893.
- Treub.** — Contribution à l'étude du bassin cyphotique. Arch. de tocol., 1892.
- Vallois.** — Un cas de bassin cyphotique. Arch. de tocol., 1894.
- Varnier.** — Bilan de la symphyséotomie renaissante. Ann. de gyn. avril 1893.

